

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. Dr. H. E. Richter

**Psychopathologische Untersuchungen
über Patienten mit
chronischer abakterieller Prostatitis
einschließlich Kongestionsprostatitis**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Dr. jur. Helmut Junker
aus Bergzabern

Gießen 1969

Aus der Psychologischen Klinik
der Julius-Liebig-Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. Dr. Dr. H. E. Haeberle

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. Dr. H. E. Richter

**Psychopathologische Untersuchungen
über Patienten mit
chronischer abakterieller Prostatitis
einschließlich Kongestionsprostatitis**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Dr. jur. Helmut Junker
aus Bergzabern

Gießen 1969



Dekan:	Prof. Dr. H. Rettig
Referent:	Prof. Dr. Dr. H.-E. Richter
Korreferent:	Prof. Dr. C.-F. Rothauge

Vorwort

Die Durchführung dieser Arbeit wurde ermöglicht durch die freundliche Überweisung von Patienten durch Herrn Prof. Dr. C.-F. Rothauge und seinen Mitarbeitern, insbesondere Dr. J. Breitwieser und Dr. R. Braun.

Für die Ausarbeitung konnte ich mich auf umfangreiches Vergleichsmaterial aus der Psychosomatischen Klinik stützen, wobei ich vor allem Herrn Prof. Dr. Dr. H.-E. Richter und allen Kollegen aus der Klinik danken möchte.

In der Methodik der Arbeit und statistischen Auswertung hat mich in dankenswerter Weise Herr Dipl.-Psych. Dr. D. Beckmann unterstützt; die Verrechnung wurde vom Deutschen Rechenzentrum in Darmstadt vorgenommen.

Gießen

Julii 1969

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. <u>Untersuchungsgegenstand und Begriffsbildung</u>	4
Auswahl der Patienten - Zur Definition des Krankheitsbildes in urologischer Sicht (einschließlich Symptomatologie und Ätiologie)	
II. <u>Methode und Verlauf der Untersuchung</u>	16
Beschwerdefragebogen - Der Rosenzweig P-F Test - Der MMPI Test - Satzergänzungstest - Das psychoanalytische Interview - Der Gießener-Persönlichkeits-Inventar Test (GPI)	
III. <u>Ergebnisse der Testverfahren</u>	23
1. <u>Altersklassen, Familienstand, Kinderzahl</u> - absolute Zahlen und Vergleich mit Gruppen unausgelesener Neurotiker	23
2. <u>Symptomatologie</u>	25
Häufigkeit und Tendenz der angekreuzten Beschwerden (Beschwerdefragebogen) - Störungen der Miktio - Störungen im dorso-analen Bereich - Störungen im Sexualbereich - Sonderbereich Schmerzen - Gesamtsicht der somatisch orientierten Beschwerden - Störungen in der Befindlichkeit - Symptomstatistischer Vergleich mit einer Gruppe unausgelesener Neurotiker	
3. <u>Der Rosenzweig P-F Test</u>	37
Gesamtergebnis - Vergleich mit der Eichpopulation - Vergleich mit einer Gruppe von Herzinfarktpatienten - Vergleich mit definierten Neurotikergruppen - Gesamtinterpretation	
4. <u>Der Gießener-Persönlichkeits-Inventar Test (GPI)</u>	40
5. <u>Korrelationsstatistische Auswertung des MMPI (Gesamtsicht)</u>	45
IV. <u>Persönlichkeitsprofile der MMPI-Auswertung</u>	
1. <u>Gruppenprofil A</u>	51
Interpretation der Skalen - Auswertung des Beschwerdefragebogens -	

	Seite
Interpretation der Interviews der Patienten mit Gruppenpro- fil A - Fallbeispiel	
2. <u>Gruppenprofil B</u> (Einzelpunkte wie bei A)	65
3. <u>Gruppenprofil C</u> (Einzelpunkte wie bei A)	79
V. <u>Interpretation der Testergebnisse</u>	89
homogener Symptomenkomplex im urogenitalen und dorso-analen Bereich - Patienten nach Per- sönlichkeitsmerkmalen generell als Neurotiker zu bezeichnen - keine einheitliche Persönlich- keitsstruktur - kein patho- ätiologischer Zusammenhang von Persönlichkeitsstruktur und Symptom - Einzelbeschwerden und Interpretation nach psycho- analytischen Gesichtspunkten	
VI. <u>Behandlungsüberblick</u>	102
VII. <u>Zusammenfassung</u>	106
VIII. <u>Anhang</u>	108
IX. <u>Literaturverzeichnis</u>	117

I. Untersuchungsgegenstand und Begriffsbildung

a) Auswahl der Patienten

Diese Arbeit berichtet über psychopathologische Untersuchungen an 44 Patienten, die von der Urologischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Gießen mit der Diagnose

chronische abakterielle Prostatitis
einschließlich Kongestionsprostatitis

im Zeitraum vom September 1967 bis Dezember 1968 an die Psychosomatische Universitätsklinik Gießen überwiesen und von mir untersucht wurden.

Die Auswahl der Patienten fand nach folgenden Kriterien statt:

1. Die Patienten klagten über Beschwerden im dorso-analen bzw. Urogenitalbereich.
2. Die urologische Untersuchung ergab häufiger entweder ein Infiltrat der Prostata oder eine zweifelsfreie Kongestionierung.
3. Die Kultur des Prostata-Exprimats blieb steril.
4. Für die Chronizität wurde ein Bereich von mindestens 6 Monaten Behandlungsdauer bzw. steril bleibendem Prostata-Exprimat angenommen.
5. Andere Erkrankungen der Prostata wie bakterielle Infekte, Tumoren, Mißbildungen, Steine u.a. waren ausgeschlossen. ¹⁾

1) Die von den Kollegen in der Urologischen Abteilung häufig bereits anlässlich der ersten Untersuchung festgestellte "psychische Überlagerung" oder rein funktionelle Beschwerden, wie z.B. Störungen der Vita sexualis, wurden in keinem Fall zur Grundlage der Überweisung gemacht.

b) Zur Definition des Krankheitsbildes in uro-
logischer Sicht
 (einschließlich Symptomatologie und Ätiologie)

Dem Begriff "abakterielle Prostatitiden" wird im urologischen Schrifttum seit Einführung einer gesicherten bakteriologischen Diagnostik jeweils ein Zusatzkapitel eingeräumt, das mit der Überschrift "Problemerkrankeungen der Vorsteherdrüse" überschrieben werden könnte (vgl. BLUM und RUBRITIUS (9), POSNER (54), WILDBOLZ (73), BOEMINGHAUS (12), PAETZEL (53), BOSHAMER (13), STAEHLER (67) u.a., für das amerikanische Schrifttum LOWSLEN und KIRWIN (50) und neuerdings ausführlich BLUMENSAAT (10).

Die Begriffsbildung ist uneinheitlich. Neben der Bezeichnung abakterielle Prostatitis finden sich die Begriffe Prostatitis aseptica sowie Kongestionsprostatitis (Synonym: Prostatitis congestiva Posner). Neben dem subjektiven Symptomenbild (s.u.) ist allen drei Begriffen gemeinsam, daß einerseits das Prostata-Exprimat im Kulturversuch steril bleibt, andererseits morphologische Veränderungen der Prostata nachweisbar sind, sei es als Infiltrat, sei es als (durch Tastbefund) zweifelsfrei erwiesene Kongestionierung der Drüse.

Durch den Begriff der Chronizität wurde das Krankheitsbild für die vorliegende Untersuchung erweitert: Nach klinischen Feststellungen können akute, d.h. bakterielle Prostatitiden in eine chronische Verlaufsform übergehen, wobei neben einer chronischen bakteriellen, hier nicht interessierenden Form, sich eine nach Chemotherapie abakteriell gewordene Form findet, bei der - entgegen der Erwartung durch die "bakterielle Heilung" - das subjektive Beschwerdebild unverändert fortbesteht. Diese Form wird als chronisch-abakterielle Prostatitis oder chronisch-aseptische Form der Prostatitis (POSNER, BOSHAMER) bezeichnet. ¹⁾

Für die chronische Verlaufsform wurde, wohl bedingt durch die Therapieresistenz, besonders wieder in neuerer Zeit angezweifelt, ob der Begriff chronische Prostatitis (von dem die hier beschriebene Unterform der abakteriellen chronischen Prostatitis abhängt) überhaupt berechtigt ist. Entgegen der Ansicht von BOEMINGHAUS und KARCHER (12;42,152), nach der es eine chronische Verlaufsform zweifelsfrei gäbe und sie sogar seinem Träger lebenslang zu schaffen mache, stellten die amerikanischen Autoren O'SHAUGHNESSY, PARRINO und WHITE (63) aufgrund einer empirischen Untersuchung fest, daß sich Patienten mit chronischer Prostatitis von gesunden Patienten bezüglich der Leukozytenzahl im Prostataexpressat z.T. nicht signifikant unterscheiden. Diese Ergebnisse werden jedoch durch Untersuchungen von GHORMLEY, COOK und NEEDHAM (36) bestritten.

In den Darstellungen von BLUM und RUBRITIUS (9), BLUMENSAAT (10), SUTNER (69), LOWSLEN und KIRWIN (50) und SCHMITZ (59) sowie den empirischen Untersuchungen von LUDVIK (51) wird auf die Schwierigkeit der Abgrenzung einer chronischen Prostatitis aufgrund des Infiltrats hingewiesen, ohne jedoch den Begriff dadurch sicher ausschließen zu können. Auf "Übergänge" zu rein funktionellen Störungen weisen SUTNER (69,1069), STAEHLER (66,288) u.a. hin.

Untersuchungen, für die aseptische Entzündung Viren oder pleuropneumonieähnliche Organismen verantwortlich zu machen, ergaben negative Ergebnisse (DETTMAR 19,271).

1) Ob es neben der Verlaufsform von der akuten Prostatitis zur sekundären, d.h. chronischen Form, auch eine primär-chronische Prostatitis gibt (so BLUMENSAAT 10,13), ist für diese Untersuchung ohne Belang.

Da den Fragen einer differenzierteren bakteriellen Diagnostik hier nicht weiter nachgegangen werden kann, schließt sich diese Arbeit Überlegungen an, nach denen die Begriffe chronische abakterielle Prostatitis, Prostatitis aseptica und Prostatitis congestiva Posner keine nosologische Eigenständigkeit besitzen. Aufgrund ihrer gemeinsamen Merkmale bezüglich Infiltration und Kongestion bei steril bleibendem Exprimat können sie für die Aufgabe dieser Arbeit gemeinsam betrachtet werden (so DETTMAR 19,270, BLUMENSAAT 10,62, SCHMITZ 59,31 u.a.).

Mit der Abgrenzung von bakteriellen und abakteriellen Formen und damit der Möglichkeit einer psychosomatischen Erkrankung überhaupt, konnte bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts, theoretisch nach der Entdeckung und dem mikroskopischen Nachweis des Gonokokkus durch Albert Neisser in Breslau 1879, zunächst mit der Unterscheidung einer gonorrhoeischen und nichtgonorrhoeischen Prostatitis, begonnen werden. Schon 1904 schreibt v. NOTTHAFFT in einer Monographie über chronische Prostatitis, er sei "bitter enttäuscht", für die gonorrhoeische wie auch nichtgonorrhoeische Prostatitis in den Lehrbüchern bis auf wenige Ausnahmen wie z.B. bei v. FRISCH (28) nichts zu finden sei, außer "den Schilderungen der sexuellen, speziell der Prostata-Neurasthenie und einiger Lokalsymptome" (52,277). Bereits v. NOTTHAFFT versuchte, die Infektionen von den "Neurosen der Prostata" (52,278) abzugrenzen. Unter dem kennzeichnenden Titel "PROSTATA und PSYCHE" setzte BIECK dann 1913 die klinisch-beschreibenden Untersuchungen fort.

Der subjektive Beschwerdekomplex, wie er in diesen beiden Arbeiten dargestellt wird, d.h. die Mißempfindungen am Genitale, im dorso-analen Bereich,

die Störungen der Miktion sowie der sexuellen Funktionen, hat sich nunmehr unverändert über länger als 50 Jahre bis in das gegenwärtige urologische Schrifttum (vgl. STAEHLER 1959, BOEMINGHAUS 1960, BLUMENSAAT 1961, FLECK 1968 und für das amerikanische Schrifttum COLBY 1953) nicht verändert. ¹⁾

Deshalb sei aus der Arbeit von v. NOTTHAFFT aus dem Jahre 1903 noch einmal zitiert.

"Wir finden verzeichnet:

- Störungen der Harnentleerung (Schmerzhaftigkeit des Urinlassens, Reizungszustände der Blasenmuskulatur und zwar sowohl des Detrusors wie des Sphincters, Nachträufeln des Urins nach der Miktion, vermehrter und schmerzhafter Harnrang, vorübergehende oder bleibende Blaseninsuffizienz)" (52,277).
- "Die Schmerzen können im Mastdarm, im hinteren Harnröhrenteil, an der Eichel auftreten, sie können nach den Hoden, der Kreuzbeingegend und Hypochondrien ausstrahlen" (52,277).
"Aber auch Defäkation, Coitus und Pollutionen können Schmerzanfälle auslösen" (52,278).
- Es kann der Orgasmus und die Ejaculation fehlen; präcipitierte Ejaculationen, gesteigerte nächtliche und Tagespollutionen aller Arten, Schmerzen bei der Ejaculation, Erektionsschwäche und Impotenz und umgekehrt gesteigerte Erektion mit gesteigerter Libido" (52,278).

Alle diese Einzelsymptome werden im Beschwerdefragebogen dieser Arbeit erfaßt.

1) Auch BLUMENSAAT ist verwundert, "daß gegenüber der klassischen Darstellung 1928 ... keine entscheidende oder gar umstürzerische Änderung eingetreten ist". - "Geblieben ... sind auch die alten Probleme" (10,12).

Zur Ätiologie dieses, immer außerordentlich breit fächernden Symptomenkomplexes, wurde und mußte zunächst die gonorrhoeische Erkrankung und deren Folgen angesehen werden. Bei fortschreitender mikroskopischer Technik und präziser Erregernachweis vergrößerte sich jedoch der Krankheitsbereich, bei dem trotz gleicher Symptomatik eine Gonorrhoe oder eine andere bakterielle Erkrankung ausgeschlossen war.

Als Verursachung des bereits 1904 und früher (vgl. v. NOTTHAFFT 52,277) als Prostata-Neurose, Prostata-Neurasthenie und sogar Prostata-Psychose (BIECK 8,137) bezeichneten Krankheitsbildes, finden sich eine Reihe von Überlegungen, die ich ebenfalls aus diesen beiden Arbeiten zitiere, da sich die charakteristischen Behauptungen auch im heutigen urologischen Schrifttum finden.

Überlegungen zur Ätiologie der "Prostata-Neurose"
nach v. NOTTHAFFT und BIECK

1. Angeborene Schwäche des Nervensystems; neuropathische Veranlagung.
2. Mechanische Erschütterungen und Dauertraumen: Reiten, Radfahren, Eisenbahnfahren (später: Motorradfahren); daneben lokale Kälteeinwirkungen.
3. Starker Alkoholgenuß; Alkoholabusus (verursacht durch Stauungen in den Beckenvenen; sowie chronische Reizung der Prostatanerven).
4. Normaler Coitus bei neuropathisch Belasteten aufgrund reflektorischer Reizung der Prostata-nerven.
5. Masturbation:

"Bei lange Zeit fortgesetzter, häufiger Masturbation wird das Gewebe der Prostata und des Colliculus in hohem Grade hyperämisch. Die Prostata schwillt an, bekommt die Konsistenz

eines Gummiballes und ist sehr druckempfindlich. ... Dabei wirkt der hohe Reizzustand der Prostata immer von neuem als Anreiz zur Onanie... Die Veränderungen der Prostata führen zu häufigen und unwillkürlichen Samenverlusten, ... zu Schlaf- und Wachpollutionen, ferner Miktions- und Defäkations-Spermatorrhoe..." (8,131).

6. Abusus sexualis, Coitus interruptus, alle Formen frustraner Libido

"Die durch den gehäuften Coitus gereizte Schleimhaut des Colliculus wirkt einerseits reflektorisch auf das Erektionszentrum, andererseits regt sie die Samenblasenwandungen und die Prostatamuskeln zu häufigen starken Kontraktionen an. Dies führt in der Prostata zu Ermüdung und Erschlaffung der Muskeln, in dem Colliculus zu Erschlaffung der Gefäße. In seltenen Fällen kann der anfangs große und weiche hyperämische Colliculus durch Bindegewebsneubildung hypertrophisch werden. Zu Anfang stellt sich infolge des vermehrten Reizes Steigerung der Libido und Vermehrung der Erektion ein, später können die erschlafften Muskeln der Ductus ejaculatorii den Zusammenziehungen der Samenblase nur noch verminderten Widerstand entgegensetzen, nach einigen wenigen Friktionen stellt sich schon die Ejaculatio praematura ein, bis es endlich gar nicht mehr zur Immissio penis kommt und die Ejaculatio praecox schon aute portas erfolgt" (8,133).

"Ätiologisch gleichbedeutend mit dem Coitus interruptus sind alle Formen der frustranen Libido und anderer Geschlechtsgebräuche, durch die nur Erektion, aber nicht Ejaculation hervorgerufen wird" (8,134).

7. Psychische Folgeerscheinungen

"Anfangs stehen die von der Prostata ausstrahlenden oder von der Reizung des Rückenmarkszentrums ausgehenden Beschwerden im Vordergrund, Schmerzen im Kreuz, längs der Wirbelsäule bis zum Schulterblatt, in der Herzgegend, den Darmbeinschaufeln, im Unterleib, den Samensträngen, den Hoden, Ober- und Unterschenkeln, die oft in fast charakteristischer Weise einseitig auftreten. Regelmäßig stellen sich Harnbeschwerden ein, Schmerzen vor, während und nach dem Harnlassen, Druck in der Blasengegend und Harndrang, letzterer besonders dann, wenn bei Erschlaffung der Prostata auch die Schließmuskeln der Blase an Widerstandskraft eingebüßt haben.

Später zeigen sich zerebrale Symptome, Kopfdruck, Kopfschmerz, Erschwerung des Denkens, Unlust und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, Störung des Schlafes bis zu völliger Schlaflosigkeit. Treten mit Zunahme der Veränderungen an Prostata und Colliculus die Samenverluste und die Störungen der Potenz in den Vordergrund, so nimmt die Erkrankung der Psyche einen ausgesprochen sexuellen Charakter an. Die Gedanken sind zwangartig auf die Geschlechtssphäre und ihre Organe konzentriert. Als Lektüre werden Bücher über sexuelle Leiden bevorzugt. Die Geschlechtsorgane und ihre Sekrete werden eifrigst betrachtet. Kleine Flecken an der Eichel infolge Reizung von Präputialsekret werden als Zeichen der Verseuchung gedeutet oder die Genitalien erscheinen als zu klein, vertrocknet, unbrauchbar. Ebenso aufmerksam wird der Harn betrachtet, darin befindliche Fasern werden als "Hodenkanäle" gedeutet, die Trübung durch phosphorsaure oder harnsaure Salze als Zeichen schweren Krankseins. Zu den Furcht- und Zwangsvorstellungen gesellen sich Selbstanklagen und Versündigungsgedanken. Haben Prostatitis und Colliculitis zu Impotenz geführt, so kann die Furcht vor der Unheilbarkeit des Leidens zu den schwersten psychischen Störungen Anlaß geben" (8,135).

In gleicher Weise äußern sich BLUM und RUBRITIUS (9):

"Der Abusus sexualis, dauernde Masturbation, Coitus interruptus, erschöpfende Excesse in Venere, frustrane Erregungen, Perversitäten, Abstinenz usw.: in all diesen Fällen fehlt der bruske Abfall der Erregungskurve nach der Ejaculation. Der automatische Reflex der unmittelbaren Vasokonstriktion der kongestionierten Gefäße ist verhindert. Der Tonus der Blutgefäße hat auf diese Weise gelitten, sie bleiben in einem Mittelzustand zwischen der Dilatation bei der Erregung und einem Erweiterungszustand, wie er der Ruhepause entspricht. Diese Gefäßerweiterung, diese dauernde Hyperämie, die Schlawheit der Gefäßwandungen, sind die Prämissen der Entzündung" (S.484). 1)

1) Zu der aus obengenannten Gründen angeblich entstehenden "Colliculus-hypertrophie" vgl. Orłowski und Marsan (zit. 9,483f.).

Das so beschriebene Bild des Sexualneurasthenikers wird auch im heutigen deutschsprachigen urologischen Schrifttum weitgehend verwendet: BOSHAMER (13,69) spricht von "sexueller Neurasthenie". DETTMAR (19,270) macht die Hypersekretion für die Veränderung der Prostata verantwortlich und schreibt, daß sie im wesentlichen auf sexuelle Reize zurückzuführen sei. Deziert äußert sich PAETZEL: "Das Gros der Männer, die mit einer angeblichen chronischen Prostatitis von einem Arzt zum anderen laufen, ohne Heilung ihres jahrelang bestehenden Leidens zu finden, ist gar nicht mit dieser Krankheit behaftet, sondern besteht aus Sexualneurasthenikern" (53,114).

Dieser Ansicht fühlt sich ausdrücklich auch BLUMENSAAT (10,63) verpflichtet. In noch krasserer Weise äußert sich FLECK (27,113), indem er sich ausdrücklich auf die Arbeit und die Folgerungen von BIECK aus dem Jahre 1913 bezieht. Ebenso wenig wurde der Aussage von MAYR aus dem Jahre 1938 widersprochen, der schrieb, "die seltene aseptische Form ist ... ursächlich mit der Masturbation bei sexueller Neurasthenie in Zusammenhang zu bringen" (Zit. 10,60). Ebenso sehr gilt noch die Aussage von POSNER, BLUM und RUBRITIUS (9,484), nach der Abusus sexualis, Coitus interruptus und Alkoholabusus im Vordergrund der ätiologischen Überlegungen stand. Auch SUTNER (69,1069f.) zählt Masturbation, Coitus interruptus und geschlechtliche Exzesse zur Ätiologie des betreffenden Krankheitsbildes. Allein die Verursachung durch mechanische Dauertraumen, wie Motorradfahren und Reiten, wurde ausdrücklich aufgegeben (BLUMENSAAT 10,61; DETTMAR 19,270; SCHMITZ 59,31).

Ohne näheres Eingehen auf ätiologische Fragen spricht ALKEN (3,108) von Prostatopathie und will das Krankheitsbild dem "neurovegetativen Formenkreis" zuordnen (3,109); ebenso STAEBLER (67,211).

Nach diesen Autoren ist die Ätiologie also in drei Faktoren zu suchen

- a) angeborene Neuropathien
- b) exogene Noxen bzw. Traumen
- c) abnormes Sexualverhalten.

Die Störungen im psychischen Bereich wurden dann in der Regel als Folge der manifest gewordenen Erkrankung angesehen. Bereits bei v. NOTTHAFT und BIECK werden hypochondrische, zwanghafte sowie depressive Persönlichkeitsmerkmale geschildert (8,135f;52,278). BOEMINGHAUS spricht von einer "depressiven seelischen Grundeinstellung" (11,13), die im Verlauf der Behandlung zu einer ausgesprochenen Depression führe, "die unabhängig vom Lokalbefund zu einer selbständigen Krankheit (Neurose) wird" (11,13; vgl. dazu auch LEWIN 45,46). Eine weitere Verschiebung des Verhältnisses zwischen somatischem und psychischem Geschehen gibt STAEBLER, indem er von einem "mehr im psychischen als im organischen verankerten Leiden" spricht, "bei dem der Organbefund im krassen Gegensatz zu den Beschwerden steht" (Zit. 10,62).

Wegen des sexualneurasthenischen Einschlags des Krankheitsbildes wurde von urologischer Seite versucht, den Begriff Prostata-Neurose als "Sammelbecken für die verschiedensten Reiz- und Missempfindungen ohne entzündliche Grundlage" (DETTMAR 19,270) einzuführen. Von "sogenannter

Prostataneurose" sprechen auch BOSHAMER (13,69), BOEMINGHAUS (12,13), MARIO und STAHLER (zit. 10, 12,62ff.) sowie PAETZEL (53,115).

Wegen dem komplexen Symptomenbildes, das den dorso-analen Bereich, die Miktion und das gesamte Sexualverhalten umfaßt, sowie aus pathologisch-anatomischen und funktionellen Zusammenhängen gibt BLUMENSAAT die Begrenzung dieses Symptomenkomplexes durch die "Organ-Überschrift" Prostata auf und schreibt: "Hieraus geht hervor, daß die Vorsteherdrüse im allgemeinen weder Ausgangs- noch Erfolgsorgan ist. Als Ausgang ist sie höchstens im Rahmen einer Adnexitis an nicht führender Stelle beteiligt. Wenn man daher bei der Bezeichnung des Bildes eine Organangabe wählt, so ist es falsch, von einer Prostataneurose zu sprechen. Aus diesem Grund ist bisher immer von einer sogenannten Prostataneurose hier die Rede gewesen. Richtiger müßte man also das Krankheitsbild eine Adnex- oder besser eine Urogenitalneurose nennen" (10,63). Dieser Betrachtung schließen sich DETTMAR (19,270) und SCHMITZ (59,51) an; STAHLER spricht im Rahmen der Adnexstörung des Mannes von einer "vegetativ-katarrhalischen Form auf dem Boden einer vegetativen Fehlsteuerung" (65,211) und nennt das Krankheitsbild vereinfacht "Betriebsstörung im Unterbauch" (65,211).

Aus urologischer Sicht ergibt sich insgesamt, daß Patienten mit chronischer abakterieller Prostatitis und Kongestionsprostatitis als Sexuallenerastheniker anzusehen sind. Ätiologisch seien sexuelles Fehlverhalten, Alkoholabusus und eine Reihe äußerer Traumen sowie angeborene Neuropathien anzuschuldigen. Mit den Begriffen Prostata- bzw. Urogenitalneurose soll angedeutet werden, daß es sich um ein - somatisch wie psychisch - einheitliches Krankheitsbild handeln könnte. Hypochondrische und depressive Persönlichkeitsmerkmale werden als Krankheitsfolge bezeichnet.

Gemäß diesem Stand der urologischen Literatur wird in dieser Arbeit aufgezeigt, welche Persönlichkeitsmerkmale Patienten mit chronischer abakterieller Prostatitis bieten. Insbesondere wird die Frage nach der Ätiologie, hier also der behaupteten sexualneurasthenischen Persönlichkeitsstruktur, eingehend untersucht werden. Nur wenn sich bei gleichem Symptomenkomplex eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur ermitteln ließe, wäre man berechtigt, von einer Prostata- bzw. Urogenital-Neurose zu sprechen.

II. Methode und Verlauf der Untersuchung

Zum schriftlich vereinbarten Untersuchungstermin in der Psychosomatischen Klinik wurden dem Patienten in einem Warteraum, in dem er sich allein befand, zunächst vier Fragebogen bzw. Tests vorgelegt und mitgeteilt, daß er nach der Ausfüllung der Bogen vom Arzt gesehen werde. Zum Ausfüllen der Tests brauchte der Patient im Durchschnitt 1 1/2 - 2 Stunden. Unmittelbar danach wurde ein psychoanalytisch orientiertes Interview von 60 - 90 Minuten Dauer durchgeführt, das nach Abschluß vom Untersucher nach den für diese Methode üblichen Kriterien aufgezeichnet wurde. Wenige Wochen nach Beendigung der Gesamtuntersuchung wurde allen Patienten per Post ein weiterer Persönlichkeitsfragebogen zugeschickt (siehe unter f.).

Vier der insgesamt fünf Fragebogen bzw. Tests wurden numerisch und nach verschiedenen statistischen Verfahren ausgewertet.

Die Fragebogen und Tests in der Reihenfolge, wie sie vom Patienten ausgefüllt wurden.

a. Beschwerdefragebogen

Gemäß der im klinisch-urologischen Bereich bekannten Symptomatik sowie nach allgemeinen Störungen in der Befindlichkeit wurden in einer Skalierung von

nicht, kaum, einigermaßen, erheblich, stark

in unregelmäßiger Anordnung 40 Beschwerden angeführt, die, hier nach Sachgebieten geordnet, wie folgt lauteten:

Störungen der Miktion:

Sorge, nicht Wasser lassen zu können
wiederholter Drang, Wasser zu lassen
Startverzögerung beim Wasserlassen
Schwierigkeiten, Wasser zu lassen
Nachträufeln
häufiges nächtliches Aufstehen, um Wasser
zu lassen
Jucken und Kitzeln in der Harnröhre
Schmerzen in der Leistengegend und in der Blase
Schmerzen beim Wasserlassen
Ausfluß aus der Harnröhre

Störungen im dorso-analen Bereich:

Schmerzen am Damm
Schmerzen beim Stuhlgang
Schweregefühl im Mastdarm (Enddarm)
Kreuz- oder Rückenschmerzen

Störungen im sexuellen Bereich:

Auftreten von ungenügender Erektion (Gliedsteife)
geschlechtliche Übererregbarkeit
geschlechtliche Untererregbarkeit
nächtlicher Samenerguß
Auftreten von schmerzhafter Erektion (Gliedsteife)
zu früher Samenerguß
Schmerzen am Glied und Hoden
Juckreiz am Geschlechtsorgan

Diese Beschwerden wurden in einer zufälligen
Reihenfolge mit Beschwerden aus dem seelischen
Bereich vermischt, die in derselben Weise
skaliert sind:

Schwächegefühl
Neigung zum Weinen
Konzentrationschwäche
Übermäßiges Schlafbedürfnis
starkes Schwitzen
trübe Stimmung
zwanghafte Neigung zum Grübeln
Übelkeit
innere Unruhe
Todesangst
allgemeine Ängstlichkeit
Energielosigkeit
Überempfindlichkeit gegen Kälte oder Wärme
Schlafstörungen
Müdigkeit
Vergeßlichkeit
Lustlosigkeit
Gewichtsabnahme oder -zunahme, die sie beunruhigt

Neben diesen Beschwerden wurden die üblichen Behandlungsmethoden aufgeführt, sodaß sich im Kapitel über therapeutische Folgerungen eine Aufzählung und Häufigkeit der bereits durchgeführten Behandlungen ergibt (vgl. unter VI).

Der Beschwerdefragebogen gibt Aussagen über die Einstellung des Patienten zu Art und Ausmaß seiner körperlichen und seelischen Beschwerden. Dabei können Symptomgruppen sowohl bei einzelnen Patienten als auch bei sich aus anderen Merkmalen konstituierenden Kollektiven ermittelt und verglichen werden. Ferner konnten die Ankreuzungen aus dem seelischen Bereich mit denen von Patienten aus der Psychosomatischen Klinik, einer als Neurotiker definierten Krankengruppe, gegenübergestellt und statistisch ausgewertet werden. Hier konnte sich die Untersuchung auf umfangreiches Vergleichsmaterial stützen.

b) Der Rosenzweig P-F Test

Die Rosenzweig "Picture Frustration Study" ist ein Testverfahren, bei dem der Proband sich 24 Zeichnungen gegenüber sieht, auf die er die jeweils erste ihm einfallende Antwort in ein freies Feld eintragen soll. Für die vorliegende Untersuchung wurde die deutsche Bearbeitung von HÖRMANN und MOOG (40) verwendet. Der Test beruht auf der Annahme, daß der Proband durch bewußte oder unbewußte Identifikation mit der in der Bildsituation frustrierten Person seine eigene Meinung in die Antwort projiziert, sodaß die Auswertung ein gutes Maß für Aggressivitätsformen und -richtungen ergibt.

In dieser Arbeit sollte untersucht werden, wie sich die Gesamtgruppe der Patienten (oder Untergruppen mit gemeinsamem Persönlichkeitsprofil) in Bezug auf Außenaggression, Eigenaggression oder Verleugnung des Problems gegenüber der Population oder anderen Neurotikergruppen unterscheiden.

c) Der MMPI-Test

Es handelt sich um die deutsche Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (HATHAWAY u. KINLEY (38), SPREEN (64)), der ein klinischer Fragebogen mit 566 Einzelfragen darstellt, die sich auf eine Reihe von psychopathologisch interpretierbaren Persönlichkeitsdimensionen beziehen. Bei der Standardauswertung wurden 10 klinische und 3 Einstellungsskalen benutzt. Diese 13 Dimensionen erfassen nach umfangreichen Untersuchungen (Nachweise

vgl. 64,98ff.) mit hoher Zuverlässigkeit klinisch unterscheidbare Persönlichkeitsmerkmale.

Die Auswertung des MMPI geschah durch ein korrelationsstatistisches Verfahren (Q-Faktorisierung), bei dem sich jeweils eine mehr oder weniger große Zahl von Patienten aufgrund ihrer ähnlichen Persönlichkeitsmerkmale bestimmten Gruppen zuordnen ließen, (vgl. Anhang Tab.1).

- d. Ein vom Verfasser entworfener Satzergänzungs-test, bei dem der Patient nach seinem Belieben die gebotenen Satzanfänge vervollständigen konnte (vgl. Anhang Tab.3), sollte dem Untersucher die Möglichkeit geben, zusätzliche Anhaltspunkte über unbewußte Einstellungen des Patienten zu gewinnen. Da dieser Test jedoch weder nach den Kriterien der Validität und Reliabilität überprüft war, noch eine Standardisierung vorlag, sind die Ergebnisse nicht verifizierbar und werden in dieser Arbeit nur innerhalb der Fallbeispiele erwähnt.

Die Arbeitshypothese, über diesen Satzergänzungs-test Anhaltspunkte über unbewußte Einstellungen des Patienten zu latenter Homosexualität, Kastrationsangst sowie sexuellen Vermeidungshaltungen zu gewinnen, erwies sich bereits bei erster Durchsicht des gewonnenen Materials als unhaltbar, sodaß sich eine Darstellung erübrigt.

- e. Das psychoanalytische Interview (zur Lit.vgl. ARGELANDER (4) mit weiteren Nachweisen). Es handelt sich um eine verbale Untersuchungsmethode, nach der sich in der Interaktion zwischen Arzt und Patient ein dynamischer Prozeß einstellt, dessen Beobachtung den Untersucher befähigt, Aussagen über die Konflikte und Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu machen.

Das Interview schloß sich unmittelbar an die Ausfüllung der Fragebogen bzw. Tests an; diese Untersuchungsanordnung ergab sich aus folgenden Gründen: Der Patient sollte bei seinen schriftlichen Äußerungen zunächst möglichst auf sich allein konzentriert sein, insbesondere noch unbeeinflusst durch die persönliche Vorstellung bei dem Arzt.

Die Interviewsituation trifft nun auf einen Patienten, der durch die annähernd zweistündige anstrengende Tätigkeit an den Fragebogen sich seinen Beschwerden und Problemen stellen mußte und jetzt sensibilisiert oder auch verschlossener ist, mit dem Untersucher über seine gesamte Problematik zu sprechen. Durch die Belastung der vorangegangenen Tests wird die Charakterstruktur des Patienten deutlicher sichtbar. Die aufgezeichneten Interviews, die sich der psychoanalytischen Begriffsbildung bedienen (LOCH 48), dienen in dieser Arbeit lediglich als Hilfsmittel zur Interpretation der aus den Tests und ihrer nach verschiedenen statistischen Verfahren gewonnenen Ergebnisse. Sie erleichtern die Umsetzung dieser mathematisch-statistischen Daten in die Begriffe der psychologischen Medizin, insbesondere, um sie diagnostischen und therapeutischen Aufgaben zugänglich zu machen.

- f. Nach Abschluß der Untersuchung wurde allen Patienten ein weiterer Test zugeschickt. Bei dem Gießener Persönlichkeits-Inventar (GPI) von RICHTER und BECKMANN, handelt es sich um einen standardisierten Persönlichkeitsfragebogen mit 40 Items, die bipolar nach dem Muster des semantischen Differentials auf einer 7-Punkte-Skala Intensitätsstufen erfassen. Die Skalen

sind nach psychoanalytischen Gesichtspunkten in Zusammenhang mit faktoriellen Validierungen entwickelt. Der Test erfaßt eine Reihe von psychoanalytisch interpretierbaren Charaktermerkmalen (vgl. Anhang Tab.2).

Der GPI-Test diente in dieser Arbeit zum Vergleich mit den Standardwerten der Population sowie den Werten einer unausgelesenen Neurotikergruppe aus der Psychosomatischen Klinik.

III. Ergebnisse der Testverfahren

Die Fragestellung sei, in kürzester Formulierung, noch einmal vorangestellt: Haben die Patienten, die mit der Diagnose "chronische abakterielle Prostatitis einschließlich Kongestionsprostatitis" und einem Symptombild aus dem Urogenitalbereich überwiesen wurden, ¹⁾ strukturell faßbare Persönlichkeitsmerkmale, aufgrund derer sie als Neurotiker zu bezeichnen sind? Wenn ja, findet man eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur, derzufolge man einen spezifischen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und körperlicher Symptomatik annehmen könnte? Nur im letzteren Fall wäre man berechtigt, von einer einheitlichen Neurose, sei es Prostataneurose oder Urogenitalneurose zu sprechen.

1. Altersklassen, Familienstand, Kinderzahl - absolute Zahlen und Vergleich mit Gruppen unausgelesener Neurotiker

a. Altersklassen

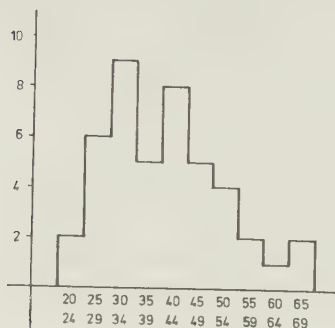


Abb. 1
Altersverteilung
N = 44

Vergleicht man diese Altersverteilung mit einer Verteilung nach Altersklassen bei funktionellen Beschwerden (DRECHSEL 21, 41), so ergibt sich bei $\chi^2 = 7.01$ und $df = 5$ keine signifikante Abweichung. Ebenso wenig ergibt sich ein statistisch nachweisbarer Unterschied gegenüber vegetativen Neurosen (CREMERIUS 17, 29ff.) und einer Gruppe unausgelesener Neurotiker (vgl. RICHTER und BECKMANN 56, 22). Eine Altersverteilung von Patienten mit chronischer Prostatitis findet sich bei LUDVIK (51, 2368), die sich der typischen Altersverteilung bei Neurosen angleicht, (sie schließt jedoch auch bakterielle Fälle ein, sodaß die Vergleichbarkeit sensu strictu entfällt).

b. Familienstand

Von den 44 untersuchten Patienten waren 38 verheiratet, 5 ledig und 1 geschieden; d.h. 86 % verheiratet und 12 % ledig. Nach Untersuchungen von KNITTEL an Depressionen fanden sich 83 % Verheiratete, wobei Altersverteilung und Durchschnittsalter (bei KNITTEL 42,2 Jahre, hier 41,4 Jahre) vergleichbar sind (44, 10). Für beide Gruppen liegt die Quote der Verheirateten höher als bevölkerungsstatistisch zu erwarten.

-
- 1) (von S. 23) Anhand der detaillierten Symptomatik im Beschwerdefragebogen wird auch zu ermitteln sein, ob das Symptombild wenigstens im somatischen Bereich als einheitlich angesehen werden kann.

c. Kinderzahl

Von den 38 Verheirateten hatten

kein Kind	7	Patienten
ein Kind	13	
zwei Kinder	6	
drei und mehr	12	

Gegenüber einer unausgelesenen männlichen Neurotikergruppe an der Psychosomatischen Klinik (N = 49) ergibt sich statistisch kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 4.91$ bei $df = 3$).

Altersverteilung, Familienstand und Kinderzahl der überwiesenen Patienten entsprechen also Verteilungen, die bei unausgelesenen oder einzelnen Neurotikergruppen vorliegen und sich von der Population signifikant unterscheiden.

2. Symptomatologie

Durch die Eigenangaben der Patienten im Beschwerdefragebogen ergab sich folgendes Bild:

a) Häufigkeit und Tendenz der angekreuzten Beschwerden

aa) Häufigkeit der Beschwerden insgesamt

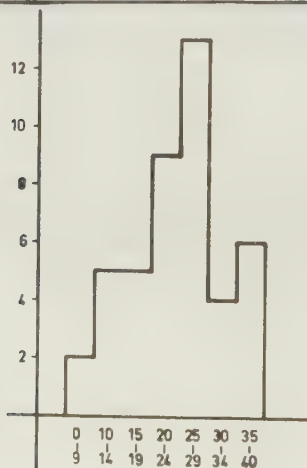


Abb. 2

Häufigkeit
der Be-
schwerden

Aus der Verteilung ergibt sich, daß annähernd 70 % der Patienten mehr als 20, d.h. mehr als die Hälfte aller Beschwerden als bei sich vorhanden ankreuzten. Diese Häufigkeit scheint überraschend, wenn man zwei Voraussetzungen unvoreingenommen betrachtet: Alle Patienten bis auf eine Ausnahme, waren zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitsfähig, d.h. durch die Krankheit im Leistungsbereich nicht entscheidend beeinträchtigt. Außerdem wies die Überweisungsdiagnose eher auf ein engumschriebenes Krankheitsbild hin.

Der Eindruck über die Häufigkeit der Beschwerden (Einzelheiten s.u.) wird verstärkt durch die

bb) Tendenz der Ankreuzungen insgesamt:

Da von den 40 möglichen Ankreuzungen 20 auf psychisch, 20 auf somatisch zu wertende Beschwerden hinwiesen, konnte ein Quotient von psychischen (P) zu somatischen (S) Beschwerden ermittelt werden. Insgesamt fanden sich bei 44 Patienten 531 Ankreuzungen in Richtung psychischer Beschwerden 529 Ankreuzungen in Richtung somatischer Beschwerden Quotient P:S = 1,004.

Die Gesamtgruppe der Patienten beschrieb also ihre Beschwerden nach Häufigkeit und Stärke in gleicher Weise nach somatischer wie nach psychischer Richtung. Dieses Ergebnis überrascht, weil zunächst erwartet werden konnte, daß die Patienten durch ihre somatischen Beschwerden und die ihnen bekannte Diagnose viel stärker auf die Darstellung eben dieser somatischen Beschwerden Wert legten. Außerdem betonten die Patienten bei der Untersuchung sehr häufig, sie seien aus der Urologischen Abteilung geschickt worden; ihre Motivation war deshalb zunächst nicht darauf gerichtet, über ihre psychischen Beschwerden, die möglicherweise nur als Begleiterscheinungen der somatisch zu wertenden Krankheit anzusehen wären, zu berichten. Wie im einzelnen weiter unten dargestellt wird, unterscheiden sich die über-

wiesenen Patienten in der Selbsteinschätzung ihrer Beschwerden n i c h t von Patienten, die bereits unter dem Vorzeichen einer neurotischen Erkrankung überwiesen oder sich spontan an die Psychosomatische Klinik gewendet hatten. Interpretativ sind daher bereits die Häufigkeit und Tendenz der Ankreuzungen bezeichnende Merkmale für das Vorliegen eines Krankheitsbildes, das in seinen Auswirkungen den isoliert somatischen Bereich erheblich überschreitet.

Die nachfolgende Aufgliederung nach Symptomgruppen, sowie innerhalb dieser nach Häufigkeit und Stärke, dient zunächst zur Feststellung der Größe der Beeinträchtigung überhaupt, anschließend für einen statistischen Vergleich gegenüber den Symptomen einer Gruppe unausgelesener Neurotiker.

b) Störungen der Miktion

Insgesamt klagten 42, d.h. 95 % der Überwiesenen Patienten über Beschwerden der Miktion.

Nach Häufigkeit und Stärke geordnet ergibt sich in absteigender Reihe folgendes Bild

	in % der Fälle
wiederholter Drang, Wasser zu lassen	81
Schmerzen in Leisten- und Blase	78
Startverzögerung beim Wasserlassen	67
Jucken und Kitzeln in der Harnröhre	65
Schmerzen beim Wasserlassen	62
häufiges nächtliches Aufstehen, um Wasser zu lassen	60
Nachträufeln	57
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	56
Ausfluß aus der Harnröhre	35
Sorge, nicht Wasser lassen zu können	32

Bereits beim Überblicken dieser Aufstellung wird deutlich, wie problematisch eine Beurteilung ist: Während das Symptom der Reizblase, das an führender Stelle steht, deutlich auf ein funktionelles Syndrom hinweist, findet sich nach "Schmerzen in Leiste und Blase" das Symptom "Startverzögerung beim Wasserlassen", das sich durch die mechanische Behinderung des Abflusses durch die Kongestion der Prostata erklären ließe. Wegen der morphologisch faßbaren Veränderung würde man dann eher von einem somatischen bzw. psycho-somatischen Geschehen sprechen.

Innerhalb der Symptomgruppe der Störungen der Miktion finden sich also bereits heterogene Elemente, sodaß eine Interpretation einzelner Symptome nach allgemeinen Kriterien über funktionelle Krankheiten oder über psychosomatische Krankheiten, vgl. CREMERIUS (17) und v. UEXKÜLL (71) unmöglich erscheint.

Auch innerhalb des urologischen Schrifttums erscheint die Beurteilung einzelner Symptome als äußerst schwierig: Die Startverzögerung beim Wasserlassen kann nicht nur durch die mechanische Behinderung des Abflusses durch die kongestionierte Prostata erklärt werden, sondern a u c h durch einen chronischen Reizzustand im vegetativen Nervensegment, zu dem die Prostata gehört, und demzufolge eine nerval bedingte Hypertonie des Sphincter internus. Für den nerval-funktionellen Zusammenhang dieser Miktionsstörung sprechen sich z.B. STAEHLER (66,288) u. BOSHAMER (13; mit weiteren Nachweisen) aus. Völlig ungeklärt bleibt, ob im Einzelfall die pathologisch-anatomisch faßbaren Veränderungen oder solche auf nerval-funktioneller Ebene als kausal anzusehen sind; möglicherweise kommen beide Verursachungsreihen in Betracht, wobei das Maß der jeweiligen Ausprägung m.E. beim einzelnen Patienten nicht faßbar ist.

Die Erörterung über das Einzelsymptom "Startverzögerung beim Wasserlassen" macht deutlich, wie die begriffliche Abgrenzung funktionelle Krankheit - psychosomatische Erkrankung außerordentlich schwierig bzw. unmöglich ist. Das gleiche gilt für eine Reihe von Symptomen aus dem Sexualbereich. Die vorliegende - auf psycho-diagnostische Fragen ausgerichtete Arbeit - kann in dieser Richtung keine Differenzierungen und Interpretationen geben. (Zur Problematik einer Verbindung zwischen einem funktionellen Symptom aus dem Bereich der Miktion und einer Charakterstruktur, z.B. des "urethralen" Charakters, vgl. ausführlich unter V.)

Für die Interpretation dieser und der folgenden Symptomgruppen bleibt hervorzuheben, daß es sich bei allen diesen Aussagen um Patientenangaben handelt, die kein Maß für objektive Befunde darstellen. So erscheint hier bei etwa einem Drittel der Patienten "Ausfluß aus der Harnröhre", ein Symptom, das bei einer abakteriellen Prostatitis sehr unwahrscheinlich und eher so zu verstehen ist, daß der Patient einen vorangegangenen Krankheitsverlauf einbezieht (obwohl der Fragebogen auf die Gegenwart abzielt) oder sehr geringe objektive Zeichen in hypochondrischer Sorge überbewertet.

c) Störungen im dorso-analen Bereich

Insgesamt klagten 38 d.h. 86 % der überwiesenen Patienten über Beschwerden im dorso-analen Bereich. Nach absteigender Reihe geordnet ergibt sich

	in % der Fälle
Kreuz- und Rückenschmerzen	75
Schweregefühl im Mastdarm	55
Schmerzen am Damm	50
Schmerzen beim Stuhlgang	50

d) Störungen im Sexualbereich

Ebenso wie im dorso-analen Bereich klagen 38, d.h. 86 % der Patienten über Störungen im Sexualbereich. Bei der Durchsicht der Interviewproto-

kolle der 6 Patienten, die im Beschwerdebogen keine Störungen angaben, hatten jedoch 3 spontan über erhebliche Potenzprobleme geklagt, sodaß unter Einbeziehung dieser Aussage 93 % der Patienten Störungen im Sexualbereich hatten.

Nach den Ankreuzungen im Beschwerdefragebogen ergibt sich in absteigender Reihe:

	in % der Fälle
Schmerzen an Glied und Hoden	78
vorzeitiger Samenerguß	57
geschlechtliche Übererregbarkeit	57
ungenügende Gliedsteife	55
Juckreiz am Geschlechtsorgan	46
geschlechtliche Untererregbarkeit	44
schmerzhaftes Glied	32
nächtlicher Samenerguß	16

Wenn auch aus der Patientenaussage eines vorzeitigen Samenergusses, also einer Ejaculatio praecox, nicht ohne weiteres auf ein klinisches Symptom geschlossen werden kann, da in der Bevölkerung weitgehend Unkenntnis über Normverhalten besteht (zur Lit. vgl. KINSEY (43,530) und BERGLER (45,7) sowie ausführlich unter V), so kann doch aus der Tatsache, daß mehr als die Hälfte der Patienten die Dauer des Sexualverkehrs als zu kurz, ihr Verhalten daher als Beschwerden erleben, auf eine klinisch faßbare funktionelle Störung geschlossen werden. Bezeichnend für das Ausmaß der Störung ist, daß mehr als die Hälfte aller Patienten auch über Potenzschwäche klagt, was durch die Ankreuzung "ungenügende Gliedsteife" zum Ausdruck kommt. Die Begriffe geschlechtliche Unter- bzw. Übererregbarkeit wurden im Beschwerdebogen nicht weiter differenziert, da über beide Items Vergleichsuntersuchungen an unausgelesenen Neurotikern vorliegen und die Vergleichbarkeit durch die Veränderungen der Items unmöglich geworden wäre.

Aus den Interviews habe ich den Eindruck, daß die Patienten "geschlechtliche Übererregbarkeit" häufig mit "vorzeitigem Samenerguß" gleichsetzen. In Einzelfällen wird jedoch "geschlechtliche Übererregbarkeit" als rasch aufkommende und abklingende Libido verstanden, ohne daß es überhaupt zu sexuellem Verkehr kommt. Eine echte Hypersexualität wurde bei keinem Patienten beobachtet; geschlechtliche Untererregbarkeit wurde eindeutig als Libidoschwäche bzw. -verlust verstanden. (Einzelheiten siehe unter V).

e) Sonderbereich Schmerzen

Faßt man alle Angaben über Schmerzen in einer Symptomgruppe zusammen, so zeigt sich, daß bis auf einen Patienten alle, d.h. 98 %, über Schmerzen klagten. Dieses Ergebnis war zu erwarten - und nicht nur, weil die Functio laesa oder die pathologisch anatomisch faßbare Veränderung Schmerzen hervorruft, sondern weil der Bereich "Schmerzen" das sozialadäquateste Phänomen ist, aufgrund dessen man einen Arzt aufsuchen darf.

Darstellenswert mag hier jedoch die Reihenfolge nach Häufigkeit und Schwere sein:

Es fanden sich	in % der Fälle
Schmerzen am Glied und Hoden	78
Schmerzen in Leistengegend und Blase	78
Kreuz- oder Rückenschmerzen	75
Schmerzen beim Wasserlassen	62
Schmerzen beim Stuhlgang	50
Schmerzen am Damm	50
Schmerzhafte Gliedsteife	32

f) Gesamtsicht der somatisch orientierten Beschwerden

Um ein Maß für die Schwere der von den Patienten geklagten Beeinträchtigungen zu erhalten, wurde ermittelt, wieviele Patienten - unabhängig von

Schmerzangaben - über Beschwerden sowohl bei der Miktion wie im dorso-analen und im Sexualbereich bzw. -verhalten klagten.

Über Beschwerden klagten	in % der Fälle
in allen 3 Bereichen	65
im Sexualbereich und bei der Miktion	23
im Sexual- und dorso-analen Bereich	7
bei der Miktion und im dorso-analen Bereich	2
allein bei der Miktion	2
allein im dorso-analen Bereich	0
allein im Sexualbereich	2

Hieraus wird deutlich, daß die Symptome in zwei Drittel der Fälle sowohl den Urogenital- wie den dorso-analen Bereich erfassen. Bereits 88 % der Fälle klagten mindestens über Beschwerden in zwei der drei Bereiche. Auch aus dieser Aufstellung wird in aller Deutlichkeit sichtbar, daß es sich um keine isolierten Beschwerdebilder, sei es in pathologisch-anatomischer oder funktioneller Hinsicht handelt: Weder Miktion, Dorso-analbereich oder Sexualbereich ist allein in mehr als 2 % der Fälle betroffen. 38 der überwiesenen Patienten, d.h. 88 %, klagten über Beschwerden im Urogenitalbereich. Die Annahme, von einem urogenitalen Symptomenkomplex zu sprechen, erweist sich daher für diese Patientengruppe als berechtigt.

g) Störungen in der Befindlichkeit

Zunächst seien die absoluten Zahlen in der bekannten Reihenfolge aufgeführt:

	in % der Fälle
innere Unruhe	90
Schlafstörungen	86
Müdigkeit	81
trübe Stimmung	78
Vergeßlichkeit	78
starkes Schwitzen	78
Grübeln	75
Schwächegefühl	73
Konzentrationsschwäche	73
Übermäßiges Schlafbedürfnis	69
allgemeine Ängstlichkeit	65

Energielosigkeit	55
Neigung zum Weinen	48
Todesangst	32

Wenn man von dem Ergebnis, in welchem hohem Prozentsatz über psychische Beschwerden geklagt wird (die Untersuchungsanordnung kam den Patienten m.E. nicht entgegen, sich etwa als besonders krank hinzustellen, um irgendeinen "Vorteil" zu erlangen), so z.B. in mehr als 80 % der Fälle über innere Unruhe, Schlafstörungen und Müdigkeit, nicht überrascht wird und sich auch keiner subjektiven Begründung, Spekulation oder angeblichen Verstehens hingeben will, bleibt hier als einzig verlässliche Interpretationsmethode die des statistisch ermittelten Vergleichs.

h) Symptomstatistischer Vergleich mit einer Gruppe unausgelesener Neurotiker

Aus der Psychosomatischen Klinik liegt eine Auswertung eines Beschwerdefragebogens an 100 unausgelesenen Neurotikern vor. Im psychischen Bereich konnten die meisten Beschwerden für meinen Beschwerdefragebogen übernommen und damit vergleichbar werden. Erwartungsgemäß deckt sich jedoch nur ein sehr kleiner Teil mit spezifischen, auf den Urogenitalbereich bezogenen Beschwerden. Von den 14 oben angegebenen Störungen in der Befindlichkeit unterscheiden sich die überwiesenen Patienten von unausgelesenen Neurotikern in signifikanter Weise nur in 4 Beschwerden:

<u>kein signifikanter Unterschied</u>	<u>signifikante Unterschiede:</u>
zwischen Patienten mit chronisch-abakterieller Prostatitis und unausgelesenen Neurotikern	Patienten mit chronischer abakterieller Prostatitis haben auf dem 5 % Niveau gesichert
innere Unruhe	<u>weniger häufig</u>
Vergeßlichkeit	Neigung zum Weinen
starkes Schwitzen	($\chi^2 = 9,66$ bei $df=4$)
Grübeln	trübe Stimmung
Schwächegefühl	($\chi^2 = 10,93$ bei $df=4$)
Konzentrationsschwäche	

Übermäßiges Schlafbedürfnis	<u>jedoch häufiger</u>
allgemeine Ängstlichkeit	auf dem 5 % Niveau
Energielosigkeit	Müdigkeit ($\chi^2 = 9,57$
Todesangst	bei $df = 4$)
	auf dem 2 % Niveau
	Schlafstörungen
	($\chi^2 = 11,78$ bei $df = 4$)

Die Übereinstimmung der beiden verglichenen Gruppen in 10 Störungen der Befindlichkeit zeigt, daß sich Patienten mit chronisch-abakterieller Prostatitis in ihrer Selbsteinschätzung wie Neurotiker darstellen. Da die statistische Auswertung auch den Ausprägungsgrad und die Streuung (nicht vorhanden bis stark, als $df = 4$) berücksichtigt, ist die Übereinstimmung besonders bemerkenswert.

Die signifikanten Unterschiede, daß die überwiesenen Patienten weniger häufig über Neigung zum Weinen, dafür häufiger über Müdigkeit klagten, überschreiten nur eben die Signifikanzgrenze ($\chi^2 = 9,488$ bei $df = 4$).

Von den beiden verbleibenden signifikanten Unterschieden lassen sich die signifikant häufigeren Schlafstörungen bei den überwiesenen Patienten durch die Störungen der Miktion erklären, die die Patienten sehr beeinträchtigen. Nicht interpretierbar erscheint mir die geringere Neigung zu "trüber Stimmung".

Für Beschwerden im Urogenital- sowie im dorso-analen Bereich fand sich eine Vergleichsgruppe nur für die folgenden Beschwerden:

Kreuz- und Rückenschmerzen
geschlechtliche Übererregbarkeit
geschlechtliche Untererregbarkeit
wiederholter Drang, Wasser zu lassen

Die überwiesenen Patienten hatten auf dem 1 % Niveau

signifikant

häufiger: wiederholter Drang, Wasser zu lassen

($\chi^2 = 18,19$ bei $df = 4$)

sowie geschlechtliche Übererregbarkeit

($\chi^2 = 18,35$ bei $df = 4$).

Die Interpretation des signifikant unterschiedlichen Symptoms "wiederholter Drang, Wasser zu lassen", ist m.E. deshalb außerordentlich schwierig, weil über die anderen Beschwerden innerhalb des Symptombereiches "Beschwerden in der Miktio" keine Vergleichsmöglichkeiten bestanden. Das gleiche gilt vom Symptom "geschlechtliche Übererregbarkeit", da für die anderen Symptome aus dem Sexualbereich bis auf eine Ausnahme (s.u.) keine Vergleichsergebnisse bei unausgelesenen Neurotikern vorliegen. Eine isolierte Interpretation dieser beiden Abweichungen erscheint daher höchst zweifelhaft; eine begriffliche Klärung findet sich jedoch unter V.

Kein signifikanter Unterschied ergab sich jedoch bei "geschlechtliche Untererregbarkeit", die mit $\chi^2 = 0,71$ bei $df = 4$ sogar den höchsten Übereinstimmungsgrad mit der Gruppe unausgelesener Neurotiker hat. Libidoschwäche bzw. -verlust erscheinen für die überwiesenen Patienten daher nicht spezifisch. Sie findet sich in gleicher Häufigkeit und Ausprägungsstärke bei unausgelesenen Neurotikern und ist am ehesten als eine Depression der gesamten Vitalvorgänge und damit insbesondere des Sexualbereichs zu verstehen.

Kein signifikanter Unterschied ergab sich auch bei Kreuz- oder Rückenschmerzen ($\chi^2 = 8,06$ bei $df = 4$), den man als nervenfunktionelle Folge der "Affektion" der Prostata im Sakralbereich hätte erwarten können.

Aus dem symptomstatistischen Vergleich der psychischen Beschwerden geht hervor, daß die überwiesenen Patienten sich nicht signifikant von Patienten unterscheiden, die allgemein als Neurotiker bezeichnet werden. Dies gilt auch für die Beschwerden "geschlechtliche Untererregbarkeit" sowie "Kreuz- und Rückenschmerzen". - Ein signifikanter Unterschied ergab sich bei den Symptomen "wiederholter Drang, Wasser zu lassen" und "geschlechtliche Übererregbarkeit" (vgl. dazu unter V).

•

3. Der Rosenzweig P-F Test

a) Gesamtergebnis

Die Testbogen von 42 überwiesenen Patienten konnten ausgewertet und in den 6 unten aufgeführten Dimensionen mit den Standardwerten, d.h. der sich aus der Eichpopulation ergebenden Norm verglichen werden. Als Differenzierungsmaß dient der Standardmedian; es wird ermittelt, in welchem Maße die überwiesenen Patienten häufiger oder seltener als die Eichpopulation einen bestimmten, interpretierbaren Antworttyp liefern.

Tab. 1 Rosenzweig P-F Test

	< Mdn >		χ^2	df	signifikant auf
E	30	12	7,71	1	1% Niveau
I	22	20	0,09	1	-
M	14	28	4,67	1	5% Niveau
O-D	29	13	6,09	1	5% Niveau
E-D	20	22	0,09	1	-
N-P	20	20	0,09	1	-

b) Vergleich mit der Eichpopulation

Im Umgang mit aggressiven Impulsen neigen diese Patienten in einer Belastungssituation dazu, seltener als andere diese Aggression oder Beschuldigung gegen andere Personen oder eine Sache zu richten ($E < \text{Mdn}$ auf 1% Niveau). Die Schuldfrage - und im weitesten Sinne kann man dafür die Frage nach der Krankheit und ihrer Verursachung überhaupt setzen - wird also nicht damit gelöst, daß man sie von sich weg auf andere schiebt. Bezeichnend ist jedoch, daß sie auch

nicht gegen sich selbst gerichtet wird, sondern in signifikant häufiger Weise einfach umgangen wird. Man will die Fragestellung der Aggression und der sich daraus ergebenden Schuldfrage überhaupt nicht sehen, versucht, sie als irrelevant zu bezeichnen, ohne daß es damit jedoch gelänge, schwierige Situationen zu bewältigen ($M > Mdn$ auf 5% Niveau). In ihrer Reaktionsrichtung betonen diese Patienten signifikant seltener das Hindernis ($O-D < Mdn$ auf 5% Niveau), was in diesem Zusammenhang bedeutet, daß die Patienten recht ratlos und unsicher vor der problematischen Situation, im weiteren Sinne wiederum vor ihrer Krankheit, stehen. Bezeichnend ist, daß die Patienten trotz ihrer Hilflosigkeit nicht dazu neigen, ihre Aggressionen blind gegen die Außenwelt zu richten ($E-D$ entspricht der Eichpopulation). Auf die Frage, wie man problematische Situationen am besten lösen kann, wirkt sich die genannte Hilflosigkeit der Patienten jedoch nicht aus ($N-P = Mdn$).

Das ängstliche Rückzugsverhalten, das Ausweichen vor Problemen und die große Hilflosigkeit der Patienten könnten bei kritischer Betrachtung jedoch als allgemeines Zeichen von Kranksein und als Folgeerscheinungen der Krankheit gewertet werden. Deshalb soll ein Vergleich zu einer Gruppe von organisch Kranken und zwei definierten Neurotikergruppen durchgeführt werden.

c) Vergleich mit einer Gruppe von Herzinfarkt-Patienten

BOCKEL (11;15,33) verglich eine Gruppe Herzinfarkt-Patienten mit der Eichpopulation. In den 6 möglichen Dimensionen zeigte keine einzige einen signifikanten Unterschied. Herzinfarkt-Patienten verhalten sich daher im Umgang mit Aggressionen

nicht signifikant anders als die Norm-Bevölkerung. Die signifikanten Unterschiede in 3 Dimensionen bei den überwiesenen Patienten können daher nicht als allgemeines Krankheitsverhalten angesehen werden.

d) Vergleich mit definierten Neurotikergruppen

KNITTEL (44,22) verglich nach denselben Maßstäben eine Gruppe von Depressionen. Hier fanden sich ebenso wie bei einer unausgelesenen Kontrollgruppe von Neurotikern signifikante Unterschiede bei E-D: Beide Gruppen gaben seltener Antworten, bei denen die Aggression offen und ich-haft gestaltet ausgetragen werden kann.

Demgegenüber zeigten nach RICHTER und BECKMANN (56,60ff.) Herzneurotiker ein umgekehrtes Verhalten, nämlich aggressive Impulse direkt und ungesteuert auf sich und auf andere zu beziehen. Weitere Differenzierungen ergeben sich beim Vergleich der Herzneurotiker vom Typ A gegenüber Typ B (A geben mehr O-D-Antworten als B) sowie im Vergleich depressiven Patienten gegenüber einem Gesamtkollektiv von Herzneurotikern (Einzelheiten siehe bei 56,61 und 44,35).

e) Gesamtinterpretation des Rosenzweig P-F Tests

Die Abweichungen des Gesamtkollektivs der überwiesenen Patienten und zwar in den Dimensionen E, M und O-D in der jeweiligen Tendenz finden sich bei k e i n e r der angeführten Neurotikergruppen. Daraus läßt sich schließen, daß das Kollektiv sich im Umgang mit der Aggressivität insgesamt anders verhält. Bei der Prüfung von Untergruppen (siehe Profiltyp A, B und C unter IV) wird sich später ergeben, daß die Ergebnisse des Rosenzweig-Tests der Untergruppen sich bekannten Gruppen z.B. Depressionen, anlehnen.

Hier ist zunächst festzuhalten, daß die überwiesenen Patienten sich anders als Normale verhalten, insbesondere auch anders als organisch Kranke, was im Vergleich mit der Gruppe der Herzinfarkt-Patienten gezeigt werden konnte. Ob es jedoch erlaubt ist, bei den überwiesenen Patienten überhaupt von einer homogenen Gruppe zu sprechen, kann an dieser Stelle nicht entschieden worden und wird sich erst aus den Ergebnissen des MMPI, d.h. der Zuordnung nach Gruppen mit gemeinsamen Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung mit den psychoanalytischen Interviews, zeigen lassen.

4. Der Gießener-Persönlichkeits-Inventar-Test (GPI)

Eine weitere Möglichkeit, die Überwiesenen Patienten nach Persönlichkeitsmerkmalen einer allgemeinen oder definierten Neurotikergruppe zuzuordnen oder ausschließen zu können, bot eine Nachuntersuchung von 31 Patienten, die den GPI-Test ausgefüllt zurückgesandt oder bei Wiedervorstellung mitgebracht hatten.

Theoretisch hätten sich die Überwiesenen Patienten in maximal 40 Items von der männlichen Population unterscheiden oder ihr anschließen können. Signifikante Unterschiede ergaben sich gegenüber der männlichen Population in 28 Items, wobei bereits 20 Items sich auf dem 1 % - Niveau unterscheiden. (vgl. Anhang Tab. 4). Bereits diese Übersicht zeigt, daß die Überwiesenen Patienten außerordentlich stark von der männlichen Population abweichen. In einer Reihenfolge, in der die stärkste Abweichung am Anfang und die schwächste, jedoch immer noch auf dem 1 % - Niveau signifikante, an letzter Stelle steht, ergibt sich für die ersten 12 Items:

Überwiesene Patienten halten sich gegenüber der männlichen Population:

Item-Nr. und
Richtungs-
tendenz

- 14 r - halten sich häufiger für sehr bedrückt
- 1 l - haben den Eindruck, sie seien eher ungeduldig
- 29 r - denken, sie machten sich immer Selbstvorwürfe
- 8 r - hielten sich für besonders ängstlich
- 4 l - glauben, eine Änderung ihrer äußeren Lebensbedingungen würde ihre seelische Verfassung sehr stark beeinflussen
- 22 l - schätzen, sie geraten besonders häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen
- 36 r - glauben, daß man sie im allgemeinen eher als schwach einschätze
- 33 l - glauben, es gelänge ihnen eher schlecht, ihre Interessen im Lebenskampf durchzusetzen
- 24 l - haben den Eindruck, sie schafften sich im Leben eher besonders viel Mühe
- 5 r - haben den Eindruck, daß sie sich eher besonders häufig über ihre inneren Probleme Gedanken machten
- 27 r - glauben, sie legten sehr viel Wert darauf, schön auszusehen
- 38 r - glauben, sie hätten es im Vergleich zu anderen eher schwer, bei einer Sache zu bleiben

Vergleicht man diese Abweichungen mit den Abweichungen einer unausgelesenen Neurotikergruppe (N = 235), so zeigt sich, daß bei 10 dieser Items keine signifikanten Unterschiede vorliegen. Betrachtet man diese, dem überwiesenen Kollektiv und den allgemeinen Neurotikern "gemeinsamen" Items, so zeichnet sich ein in der Selbsteinschätzung gebotenes gemeinsames psychisches Beschwerdebild ab, das etwa so zu umreißen ist:

Patienten dieser Gruppe finden sich häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen (22l), bei denen sie ihre eigenen Interessen nur schwer durchsetzen können (33l). In diesen Auseinandersetzungen halten sie sich für ungeduldig und wenig zielstrebig (1l). Sie glauben, die anderen schätzten

sie als schwach ein (36r). Obwohl oder weil sie sich auch über ihre inneren Probleme häufig Gedanken machen (5r) und sich im Leben eher viel Mühe schaffen (24l), ist ihre Durchsetzungsfähigkeit gering. Häufig stehen Selbstvorwürfe (29r) am Ende der Überlegungen. Man wünscht sich, die äußere Lebenssituation wäre anders (4l), das könnte einem helfen.

Bei der Betrachtung der beiden restlichen Items:

14 r - halten sich häufiger für sehr bedrückt

8 r - halten sich für besonders ängstlich

zeigt sich zwar, daß die überwiesenen Patienten sich signifikant von unausgelesenen Neurotikern unterscheiden ¹⁾, jedoch tendieren beide Gruppen in dieselbe Richtung: Die unausgelesene Neurotikergruppe unterscheidet sich nur darin, daß ihre Mitglieder sich für noch bedrückter und noch ängstlicher einschätzen. Da bei dem Gesamtkollektiv der überwiesenen Patienten, wie sich später zeigen wird, auch psychisch Gesunde sind, erklärt es sich, daß bei den überwiesenen Patienten der Mittelwert näher an den Standardwert heran reicht. In der Ausprägungsrichtung sind jedoch beide Gruppen auch in diesen 2 Items identisch. Daraus folgt, daß in allen 12 Items, in denen die überwiesenen Patienten sich von der Eichpopulation signifikant unterscheiden, sie sich n i c h t von unausgelesenen Neurotikern, bzw. nicht in einer anderen Tendenz unterscheiden.

Außerhalb dieser 12 Items, in denen sich die überwiesenen Patienten und unausgelesenen Neurotiker "gemeinsam" von der Eichpopulation unterscheiden, gibt es 4 Items, in denen sich signifikante Unterschiede untereinander ergeben:

1) (Item 14 $t = 2,07$; Item 8 $t = 2,46$)

Unausgelesene Neurotiker schätzen:

- 13 r - sie können eher schlecht mit Geld umgehen
- 19 r - haben den Eindruck, sie gingen eher schwer aus sich heraus
- 40 r - fühlen sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht sehr befangen
- 21 l - haben den Eindruck, sie seien sehr wenig ordentlich

In den ersten 3 dieser Items erscheinen die überwiesenen Patienten im Gegensatz zu den allgemeinen Neurotikern nahe an den Standardwerten, sind also insgesamt gesünder. - Die einzige gegensätzliche Tendenz findet sich im letzten Item: Die überwiesenen Patienten halten sich sowohl gegenüber Gesunden wie gegenüber unausgelesenen Neurotikern eher für überordentlich, dabei entsteht ein signifikanter Unterschied jedoch wiederum nicht gegenüber der Eichpopulation, sondern nur gegenüber der Neurotikergruppe.

Betrachtet man den Katalog der Items, die Einstellungen zum Sexualbereich ausdrücken, und zwar

- 11 Ich habe den Eindruck, ich - sehr wenig von meinen
zeige sehr viel Bedürfnisse nach
Liebe
- 30 Ich glaube, ich kann einem - wenig Liebe schenken
Partner außerordentlich
viel
- 34 Ich glaube, ich bin im - wenig erlebnisfähig
Vergleich zu anderen in
der Liebe intensiv
- 40 Ich fühle mich im Umgang - sehr befangen
mit dem anderen Geschlecht
unbefangen

so findet man bei den überwiesenen Patienten Ergebnisse, die sich nicht signifikant von Gesunden unterscheiden, ja sogar nach der Verrechnung sich außerordentlich eng an die Durchschnittswerte der Population angleichen.

Bei Item 40 zeigte sich, daß die überwiesenen Patienten sich sogar gegenüber den unausgelesenen Neurotikern darin unterscheiden, daß die überwiesenen Patienten sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht

weder befangen noch unbefangen fühlen. Gerade in diesem Punkt unterscheiden sie sich nicht von Gesunden.

Dieses Ergebnis, das bei unvoreingenommener Betrachtung zunächst deshalb überrascht, weil bei den überwiesenen Patienten eine erhebliche Symptomatik im Sexualbereich besteht und sie das auch im Fragebogen als Beschwerden deutlich zum Ausdruck brachten, wird für die Gesamtbeurteilung der psychischen Merkmale dieser Patientengruppe später eingehend diskutiert werden (siehe unter V).

Der GPI-Test brachte hier zunächst folgendes Ergebnis: aus den statistischen Vergleich der überwiesenen Gruppe gegenüber der männlichen Population sowie gegenüber einer unausgelesenen Neurotikergruppe geht hervor,

- a) in 26 Items bestehen signifikante bzw. hochsignifikante Abweichungen von der männlichen Population
- b) in den 12 Items, welche die höchsten Abweichungen von der männlichen Population zeigen, finden sich **keine** signifikanten Abweichungen gegenüber unausgelesenen Neurotikern bzw. keine andere Tendenz
- b) nur in 4 von 40 Items zeigen sich Abweichungen zwischen überwiesenen Patienten und unausgelesenen Neurotikern.

Daraus ist zu schließen, daß die Persönlichkeitsmerkmale der überwiesenen Patienten weitgehend mit denen von Neurotikern übereinstimmen.

Als letztes Testinstrument soll - insbesondere zur Differenzierung von Neurotikergruppen - die Auswertung des Persönlichkeitsfragebogens MMPI abgeschlossen werden.

5. Korrelationsstatistische Auswertung des MMPI (Gesamtstich)

Die korrelationsstatistische Auswertung des MMPI steht methodisch im Mittelpunkt der Untersuchung. In die Verrechnung gingen mittels einer Q-Faktorisierung 43 MMPI-Testprofile ein.

Die Methode der Q-Faktorisierung erlaubt, durch mathematischen Vergleich der Einzelmerkmale Patienten zu einer oder mehreren Patientengruppe mit gleicher Persönlichkeitsstruktur zusammenzufassen (vgl. Tab. 1 im Anhang).

Als Kommunalitäten wurden die höchsten Zeilen eingesetzt. Mit 5 Faktoren wurden 83,29 % der Hauptachsenlösung erfaßt. Diese Faktoren wurden nach dem Varimax-Kriterium rotiert. Setzt man den mit 5 Faktoren erfaßten Anteil der Hauptachsenlösung als 100 %, so ergibt sich:

Faktoren	Ladungen	
I	21,70 %	
II	25,42 %	<u>Tab. 2</u>
III	13,95 %	Faktorenloadungen
IV	27,26 %	
V	11,66 %	
	100 %	

Um die höchsten Ladungen der einzelnen Variablen (hier = Patienten 1 - 43), die das Maß der mathematischen Übereinstimmung einzelner Persönlichkeitsmerkmale untereinander angeben, für die Aufstellung eines Mittelwertsprofils von Patienten verwenden zu können, muß ein kritischer Wert der Korrelation angesetzt werden. Da $r = .54$ bereits dem 5 % - Niveau gesicherter Übereinstimmung entspricht, konnte hier

mit $r = .60$ bzw. $r = .65$ (für Faktor IV) eine hohe Diskriminierungsschärfe erreicht werden. Nach diesen Kriterien konnten 30 der 43 Patienten den Faktoren I, II, und IV zugeordnet werden.

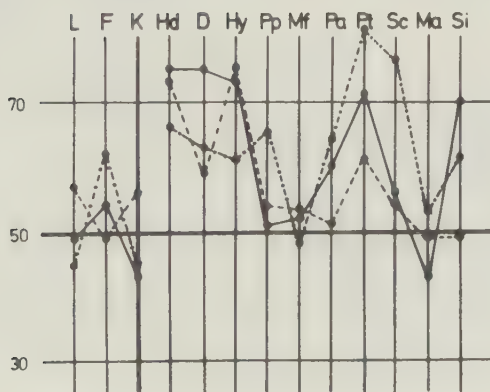
Es ergeben sich also drei voneinander abgrenzbare Mittelwertsprofile, die jeweils eine Aussage über gemeinsame Persönlichkeitsmerkmale der Mitglieder dieser Gruppe geben. Übereinanderprojiziert ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 3
Gruppenprofile A, B und C

----- = A

———— = B

-.-.-.- = C



Da die Standardisierung der Skalen an gesunden Versuchspersonen so durchgeführt wurde, daß der Durchschnittswert auf $T = 50$ liegt und der Test so konstruiert ist, daß psychopathologisch interpretierbare Merkmale sich in erhöhten Werten ausdrücken, so zeigt bereits der Überblick über die drei Profile, daß erhebliche Abweichungen von der Norm vorliegen. Da Erhöhungen auf Werte von und über 70 bei gesunden Versuchspersonen nicht vorkommen (64,48) hier jedoch bei allen drei Mittelwertsprofilen deutlich werden sind diese Werte, insbesondere in Verbindung mehrerer Skalen, eindeutig als psychopathologisch zu interpretierende Abweichungen anzusehen.

Betrachtet man vor endgültiger Interpretation die MMPI-Auswertung von der Zahl der Patienten, so ergibt sich folgende Aufstellung

Faktor IV	=	Profil A	13 Patienten	als 3 verschiedene Gruppenprofile psychopathologisch interpretierbar
Faktor I	=	Profil B	8 Patienten	
Faktor II	=	Profil C	9 Patienten	
Faktor III			3 Patienten	
Faktor V			2 Patienten	
Patienten, die auf keinem der Faktoren I - V luden			8 Patienten	

Es ist nun zu prüfen, wie die Profile der 13 Patienten, die entweder durch zu geringe Zahl keine eigenständige Gruppe konstituieren oder keine gemeinsamen Profilverläufe haben, zu beurteilen sind, insbesondere, ob sie als psychopathologisch unauffällig zu bezeichnen sind.

a) Patienten mit Ladungen auf Faktor III

Die 3 einzelnen MMPI-Profile dieser Patienten zeigen Werte, die auffallend unter dem Durchschnitt des Normalen liegen. Bei dem Patienten, dessen Profil mit

$r = .87$ die typischste Ausprägung innerhalb dieses Faktors zeigt, erreicht von den 10 klinischen Skalen nur 1 den Normwert $T = 50$ (Pt). Alle anderen liegen niedriger (vgl. MMPI-Profil im Anhang Abb. 5). Aus dem Vergleich mit dem Symptomenkatalog und den Interviews dieser Patienten wurde deutlich, daß sie alle über beträchtliche Störungen im Sexualbereich und/oder der Miktion klagten. Aus psychoanalytischer Sicht ist bekannt, daß aufgrund bestimmter Formen der Ich-Abwehr und Anpassung sich im MMPI, der mit Selbstdarstellung und -einschätzung des Patienten (also nicht mit unbewußten Kategorien wie z.B. bei projektiven Tests) arbeitet, ein Profil abbildet, dessen durchgehend erniedrigte Skalen ebenfalls auf eine hochgradige, dem Patient völlig unbewußt, psychische Konfliktsituation hinweisen; vgl. SPREEN (64,46 f.).

Aufgrund dieser gemeinsamen MMPI-Profile, verbunden mit Symptomauswertung und psychoanalytisch geführtem Interview, ordne ich die drei Patienten des Faktors III den psychopathologisch interpretierbaren Gruppen der Faktoren I, II und IV zu.

b) Patienten mit Ladungen auf Faktor V

Diesen beiden Profilen ist der hohe L-Wert ($T = 75$ bzw. 67) sowie K ($T = 67$ bzw. 64) bei sonst unauffälligem klinischen Profil gemeinsam. Ein Patient war deutlich unterdurchschnittlich begabt, der andere füllte den Test nur widerwillig und nach wiederholter Aufforderung aus. Letzterer, ein 36-jähriger unverheirateter Mann, berichtete im Interview scheinbar gleichgültig von einem seit Jahren bestehenden völligen Libidoverlust. Im Beschwerdefragebogen klagte er über so gut wie keine Störungen im psychischen Bereich. Obwohl sich darin auch hier neurotische Tendenzen abzeichnen, müssen die klinischen Skalen

des MMPI zur Normalität gerechnet werden, sodaß beide Patienten als psychopathologisch unauffällig eingeordnet werden.

c) Patienten mit MMPI-Profilen, die nicht auf den Faktoren I - V luden

Diese 8 Patienten zeigten in verschiedenartiger Ausprägung, sodaß sie kein gemeinsames Persönlichkeitsprofil bilden, unauffällige, als "normal" zu bezeichnende klinische Skalen. Allein bei einem Patienten und dies nur in einer einzigen Skala (Pt) wird ein T-Wert von höher als 70 erreicht. Diese Patienten sind aus dem MMPI-Profil also als "MMPI-gesund" anzusehen. (Bezeichnend ist, daß der am Karzinom gestorbene Patient ebenso zu dieser Gruppe der psychisch Gesunden gehörte.)

d) Zusammenfassung

Nach der Gesamtauswertung der MMPI-Profile der 42 bei Niederschrift der Arbeit lebenden Patienten ergibt sich daher:

1. Nach den 3 Mittelwertsprofilen A, B und C sowie der Patienten des Faktors III haben 33, d.h. 78,6 % der überwiesenen Patienten Persönlichkeitsmerkmale, die psychopathologisch zu interpretieren sind; sie sind - in später zu differenzierender Weise - als N e u r o t i k e r anzusprechen. Demgegenüber erweisen sich 9 Patienten, d.h. 21,4 % als psychopathologisch unauffällig.
2. Die psychopathologisch interpretierbaren Werte lassen sich jedoch k e i n e m e i n h e i t l i c h e n Persönlichkeitsprofil zuordnen. Stattdessen gehören sie zumindest 3 voneinander statistisch signifikant abgegrenzten Gruppenprofilen an. Die gemeinsamen Persönlichkeitsmerkmale innerhalb dieser Gruppen lassen sich klinisch ausdrücken, abgrenzen und mit anderen Neurosegruppen vergleichen (s. Interpretation

der Profile A, B und C). Demzufolge läßt sich ein eindeutiger Zusammenhang von Persönlichkeitsstruktur und Symptombildung nicht erkennen, sodaß die Frage nach einem einheitlichen Krankheitsbild, etwa einer Urogenitalneurose, bereits jetzt verneint werden muß.

Bevor das Gesamtergebnis interpretiert wird, sollen die Persönlichkeitsmerkmale der Gruppenprofile A, B und C dargestellt werden, da sie klinisch unterscheidbar und für therapeutische Folgerungen wichtig sind.

IV Persönlichkeitsprofile der MMPI-Auswertung

1. Gruppenprofil A

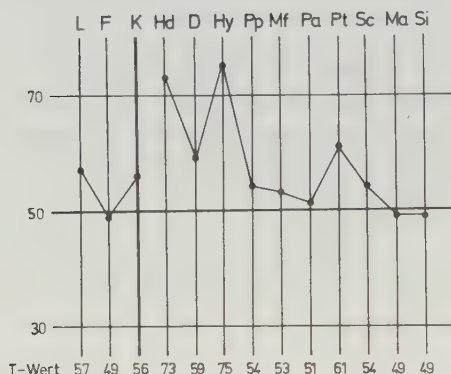


Abb. 4 MMPI-Profil der Gruppe A

N = 13

Durchschnittsalter
40,4 Jahre

a) Interpretation der Skalen

Die Patienten dieser Gruppe zeigen bei normalen Einstellungsskalen und sonst unauffälligem Verlauf erhöhte, psychopathologisch interpretierbare Werte in den Skalen Hypochondrie, Depression und Hysterie (Hd, D, Hy) sowie Psychasthenie (Pt).

Die Erhöhung der ersten drei klinischen Skalen findet man bei Patienten, die generell als "neurotisch" bezeichnet werden (64,59). Liegt, wie im vorliegenden Profil deutlich sichtbar wird, der mittlere Wert, Depression (D), niedriger als Hd und Hy, so entsteht eine V-förmige Zacke, die man im amerikanischen Schrifttum als "psychosomatisches V" (64,59) bezeichnet. Es werden damit Patienten erfaßt, die im weitesten Sinne als Psychosomatiker klassifiziert werden können (64,58).

In der im Test mit Hypochondrie bezeichneten Skala kommt die Einstellung des Patienten zum Ausdruck, er habe eine Reihe von Beschwerden, die sich jederzeit verstärken, wiederholen oder in anderer Form auftauchen können. Der Patient wendet gegenüber diesen Beschwerden viel Mühe auf, um sie zu "durchschauen" oder zumindest zu erklären. Bei dieser beständigen Auseinandersetzung mit den Beschwerden bleibt das Ich des Patienten insofern stärker, als es die auftauchende Beunruhigung und Angst doch immer überwindet. Im Test bildete sich dies darin ab, daß die Skala D (Depression) und Pt (Maß für die erlebte Angst) zwar von der Norm abweichen und erhöht sind, jedoch nicht im Vordergrund stehen. Der Patient ist zwar über die Chronizität und Verschiedenartigkeit seiner Beschwerden beunruhigt, unterliegt ihnen jedoch nicht, sodaß sich kein depressiver Rückzug oder ein depressives Versagen einstellen muß. Im Gegensatz zum organisch kranken Menschen hat das Symptom jedoch insofern einen anderen psychischen Stellenwert, als daß es nicht akzeptiert oder schlicht "geduldet" und auf einer relativ einfachen realen und sozialen Ebene angegangen werden kann, sondern daß es sich im Psychischen durch ein quälendes, sich wiederholendes und zumeist unerfüllt bleibendes Verlangen nach weiterer Erklärung und Wissen darstellt.

Die Problematik dieser Patienten bildet sich auch in der Skala Hysterie (Hy) ab: Hier erscheint es als ein konversionsneurotisches Symptom (64,29), d.h. der Patient erlebt sein Symptom nicht im Zusammenhang mit seiner Persönlichkeit, sondern vom Ich weitgehend getrennt und unverständlich.

Im Gegensatz zu den Patienten der Gruppen B und C (siehe dort), behält das Ich in der Auseinandersetzung mit seinen Konflikten insofern die Oberhand,

als daß kein depressiver Zusammenbruch (wie in B) erfolgt. Im Gegensatz zur Gruppe C werden die Angstäquivalente, die in Pt ihren Ausdruck haben, beherrscht, sodaß das Gesamtgefüge der Persönlichkeit nicht ernsthaft bedroht oder infrage gestellt wird.

Die Patienten der Gruppe A bleiben damit arbeitsfähig und sozial eingeordnet. Sie leben mit ihren Beschwerden und haben sie - obwohl sie sie als fremd und unverständlich empfinden - doch in ihren Lebensbereich eingeordnet. Oft haben diese Patienten ihren persönlichen Lebensumfang eingeschränkt. Die Patienten fühlen sich krank, haben Leidensdruck, klagen über ihre Beschwerden, suchen gehäuft Ärzte auf und trachten nach neuen Behandlungen. Dennoch spürt man - insbesondere im analytischen Interview (Beispiel s.u.) - wie das Symptom als Kompromiß aus einem Lebenskonflikt entstanden und nun für das neue Gleichgewicht des Patienten notwendig geworden ist. Diese Zusammenhänge sind den Patienten nur schwer bewußtseinsfähig zu machen, da er die Unklarheit zur Aufrechterhaltung dieses neuen Gleichgewichts mehr oder weniger braucht. Insgesamt kann man das Symptom deutlich als eine Kompromißlösung innerhalb eines psychosozialen Konflikts begreifen und die Patienten dieser Gruppe - und damit ihre Symptomatik im Urogenitalbereich - den psychosomatischen Erkrankungen zuordnen.

Die Berechtigung einer solchen Bezeichnung soll anhand der anderen Testbefunde und aus den Ergebnissen der Fragebögen sowie des Interviews unterstützt werden:

b) Auswertung der Beschwerdefragebogen

aa) allgemeines

Von den insgesamt 40 möglichen Beschwerden wurden

im Durchschnitt 26,1 als vorhanden (in verschiedener Stärke) angekreuzt. Im Durchschnitt wurden fast ebenso viele psychische (P) wie somatische (S) Beschwerden angekreuzt; der Quotient P:S beträgt 0,90. Dies ist nach zwei Richtungen bemerkenswert:

- Die Patienten wurden mit einer Diagnose überwiesen, die auf ein, wenn auch funktionell determiniertes, so doch für die Patienten somatisches Krankheitsbild hinwies. Die Beschwerden werden von den Patienten dieser Gruppe zwar als belästigend und eingreifend, dennoch relativ umschrieben erlebt. Die Patienten sind arbeitsfähig und in ihren Sozialkontakten nicht erheblich eingeschränkt. Dennoch geben sie im Fragebogen annähernd ebenso viele psychische wie somatische Beschwerden an. Auffallend sind insbesondere solche psychischen Beschwerden, die nicht unmittelbar als Folge einer derartigen "somatischen" Störung anzusehen sind, wie z.B. Vergesslichkeit, Neigung zum Weinen oder übermäßiges Schlafbedürfnis.

- Gegenüber dieser im Fragebogen auftauchenden gleichhäufigen Ankreuzungen von psychischen und somatischen Beschwerden fällt im Interview auf, daß die Patienten dieser Gruppe spontan viel häufiger über ihre somatischen Beschwerden sprechen. Eine vorsichtige Hinlenkung des Untersuchers auf mögliche psychische Konflikte werden in der Regel nicht aufgenommen, häufig sogar strikt verneint. In diesem Gegensatz zeigt sich die für die Patienten dieser Gruppe typische Haltung: Im Kontakt mit dem untersuchenden Arzt wird das psycho-soziale Problemfeld wieder deutlich. Die konflikthafte Beziehung mit anderen Menschen überträgt sich auf die Beziehung mit dem Arzt, wobei der Patient dem Lösungsversuch nachgeht, die Symptome nicht mit dem Untersucher anhand einer verbal-verstehenden Methode einsichtiger zu machen, sondern in eine Symptom- und Körpersprache

zu übersetzen und rational im Sinne von Rat, Medikament und Aufklärung zu lösen. Der Patient kann durch das Sprechen über seine körperlichen Beschwerden kontaktfähig bleiben, kann Verständnis und Hilfe erwarten, ohne sich den determinierenden psychischen Konflikten stellen und sie preisgeben zu müssen. Demgegenüber wird vor dem Fragebogen das personale Verhältnis nicht wiederholt. Der Fragebogen erscheint als ein sachliches Instrument, vor dem man eine Aussage gefahrlos machen kann. In einer anderen Begriffsbildung kann man den Fragebogen als eine narzißtische Einverleibung eines imaginären Partners ansehen, sodaß der Patient gleichsam durch den Fragebogen mit sich selbst sprechen kann; auch auf diese Weise droht ihm keine Gefahr und er kann relativ angstfrei über sein gesamtes, d.h. auch über sein psychisches Beschwerdebild Auskunft geben.

bb) Stärke und Häufigkeit einzelner Beschwerden

- Störungen der Miktion

Alle Patienten dieser Gruppe klagten über erhebliche Störungen der Miktion. Nach Häufigkeit und Stärke geordnet ergibt sich in absteigender Reihe folgendes Bild:

wiederholter Drang, Wasser zu lassen
Startverzögerung beim Wasserlassen
Schmerzen beim Wasserlassen
Nachträufeln
Schmerzen in Leistengegend und Blase
Schwierigkeiten, Wasser zu lassen
Jucken und Kitzeln in der Harnröhre
häufiges nächtliches Aufstehen, um Wasser zu lassen
Sorge, nicht Wasser lassen zu können
Ausfluß aus der Harnröhre

In der statistischen Auswertung der Häufigkeit und Stärke dieser Symptomengruppe ergeben sich keine signifikanten Unterschiede gegenüber Patienten mit dem Persönlichkeitsprofil B und C.

(Nicht bestätigt wurde die Vermutung, daß die hypochondrische Sorge, nicht Wasser lassen zu können, sich bei Gruppe A gegenüber B und C abbilden würde).

- Störungen im dorso-analen Bereich

Ebenso wie im Bereich der Miktion klagen alle Patienten dieser Gruppe über Beschwerden im Analbereich. Die Reihenfolge nach Häufigkeit und Stärke bildet sich wie folgt ab:

- Kreuz- oder Rückenschmerzen
- Schmerzen am Damm
- Schweregefühl im Mastdarm
- Schmerzen beim Stuhlgang

Für die Persönlichkeitsprofile A, B und C finden sich keine signifikanten Abweichungen innerhalb dieser Symptomgruppe.

- Störungen im Sexualbereich

12 der 13 Patienten klagten über z.T. erhebliche Störungen im Sexualbereich. Jeweils 7 Patienten kreuzten die Beschwerden "ungenügende Gliedsteife" und "vorzeitiger Samenerguß" an. etwas seltener, jedoch in gleicher Stärke wurde geschlechtliche Untererregbarkeit angegeben. Insgesamt ergibt sich folgende Reihenfolge:

- vorzeitiger Samenerguß
- ungenügende Gliedsteife
- Schmerzen an Glied und Hoden
- geschlechtliche Untererregbarkeit
- schmerzhaftes Gliedsteife
- geschlechtliche Übererregbarkeit
- Juckreiz am Geschlechtsorgan
- nächtlicher Samenerguß

Wenn auch aus der Patientenaussage eines vorzeitigen Samenergusses, also einer Ejaculatio praecox nicht ohne weiteres auf ein klinisches Symptom geschlossen werden kann, so kann man doch aus der gleich starken Ankreuzung einer "ungenügenden Erektion" schließen, daß mit der Ausnahme eines Patienten alle Mitglieder dieser Gruppe mit ihrer Vita sexualis unzufrieden sind und über eine erhebliche Libidoschwäche klagen. Dies gilt umsomehr, da alle Patienten dieser Gruppe verheiratet sind und ihr Durchschnittsalter 40,4 Jahre beträgt. Auffallend ist, daß das Symptom "schmerzhaftes Gliedsteife", das gut der Rationalisierung der eher psychisch zu

sehenden Potenzschwäche im Sinne der Ablehnung oder der Vermeidung des Geschlechtsverkehrs geeignet wäre, hier weit im Hintergrund steht. Vergleicht man bezüglich dieser Symptomengruppe die Ankreuzungen im Beschwerdebogen mit den Protokollen der Interviews, so ergibt sich, daß von den 12 Patienten, die im Beschwerdebogen detaillierte Angaben über ihre Potenzprobleme machen, im Interview lediglich 7 Patienten spontan sprechen. Von den 5 Patienten, die im Interview keine Aussagen machten, kreuzten 4 Beschwerden des vorzeitigen Samenergusses bzw. der ungenügenden Erektion an, einer litt unter gering schmerzhaften Erektionen. Es wird hier deutlich, daß das Sprechen über Sexualprobleme für annähernd die Hälfte aller Patienten dieser Gruppe so problematisch ist, daß sie spontan nicht darüber sprechen. Da sie es jedoch vor dem "neutralen" Beschwerdebogen tun können, läßt m.E. die Persönlichkeitsstruktur dieser Patientengruppe wieder deutlich werden: In der Arzt-Patient-Beziehung wird das Sexualverhalten als ein kommunikativer Bereich, d.h. für den Patienten als Konfliktbereich sichtbar, sodaß ein spontanes Sprechen vermieden wird. Daß es sich dabei nicht um ein allgemeines gesellschaftliches Phänomen handelt, sieht man an der klinischen Gruppe der Patienten mit Profiltyp B, die sich im Interview deutlich abweichend verhielten.

Der statistische Vergleich dieser Symptomengruppe mit der von Patienten mit Persönlichkeitsprofilen B und C ergab keine signifikanten Abweichungen.

Bei $t = 1.96$ und 1.93 (bei $df = 19$ bzw. 20) ergibt sich eine die Signifikanzgrenze des 5% Niveau erreichende Tendenz derart, daß das Symptom "geschlechtliche Übererregbarkeit" bei dem Persönlichkeitsprofil A seltener als bei B und C auftritt.

- Störungen in der Befindlichkeit

Betrachtet man den Katalog der psychischen Beschwerden, so fiel bereits auf, daß diese Gruppe in fast ebenso hohem Maße über psychische sowie über somatische

Beschwerden klagte. In einer Reihenfolge von Häufigkeit und Stärke ergibt sich

Müdigkeit
Schlafstörungen
innere Unruhe
Schwächegefühl
Vergeßlichkeit
übermäßiges Schlafbedürfnis
Übelkeit
Konzentrationsschwäche
zwanghafte Neigung zum Grübeln
trübe Stimmung

Über alle diese Beschwerden klagten 9 und mehr der 13 Patienten. Als weniger häufig und ausgeprägt folgen dann in dieser Gruppe

Energielosigkeit
Neigung zum Weinen
allgemeine Ängstlichkeit
Todesangst

Während sich bei den auf einen Organ- bzw. Funktionsbereich bezogenen Beschwerden, insbesondere auch in den Angaben über Schmerzen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben, zeigt hier die statistische Auswertung auch des Beschwerdefragebogens entsprechend der Persönlichkeitsprofile signifikante Unterschiede:

Patienten mit dem Gruppenprofil A haben gegenüber Patienten mit dem Gruppenprofil B signifikant weniger

allgemeine Ängstlichkeit ($t = 2.10$ bei $df = 19$)
trübe Stimmung ($t = 2.19$ bei $df = 19$)
zwanghafte Neigung zum Grübeln
($t = 2.31$ bei $df = 19$)

auf 5%-Niveau

innere Unruhe ($t = 3.10$ bei $df = 19$)

auf 1%-Niveau

Obwohl für den unvoreingenommenen Betrachter die Häufigkeit und Ausprägung dieser psychischer Symptome überraschend war, ergibt die symptomstatistische Auswertung, daß sie gegenüber der

Profilgruppe abweichen; dies in der Richtung, daß Patienten der Profilgruppe A insgesamt weniger ängstlich und von ihrer Symptomatik weniger überwältigt werden.

Gegenüber Patienten der Profilgruppe C haben solche der Gruppe A

weniger	trübe Stimmung	($t=2.74$ bei $df=20$)
	Grübeln	($t=2.43$ bei $df=20$)
	Konzentrationsschwäche	($t=2.32$ bei $df=20$)

auf 5%-Niveau

Eine Tendenz kann man bei

Schlafstörungen ($t = 1.82$ bei $df = 20$)

annehmen.

c) Ergebnisse des Rosenzweig P-F Tests

Die Auswertung von 6 Antwortgruppen, die sich auf das Verhalten der Patienten im Umgang mit aggressiven Impulsen richten, ergaben in zwei Kategorien nach der Binominal-Verteilung signifikante Unterschiede gegenüber der Population (siehe Anhang Tab. 6 a). Patienten mit der Profilgruppe A neigen signifikant häufiger dazu, bei problematischen Situationen der Aggression auszuweichen, ohne daß jedoch damit die Situation gelöst wird ($M > Mdn$). Setzt man für den Begriff "Hindernis", auf das sich der Test bezieht (O-D), den Begriff "Krankheit", so wird deutlich, wie der Patient die zur Krankheit führenden Konflikte nicht sieht und damit den determinierenden Kräften ausweicht, ($O-D < Mdn$). Bezeichnenderweise verhalten sich Patienten mit dem Gruppenprofil B im Vergleich zur Population signifikant anders (s.d.).

d) Interpretation der Interviews der Patienten mit Gruppenprofil A

Vergleicht man nach diesen Testbefunden die zugehörigen, nach psychoanalytischen Kriterien durchgeführten Protokolle der Interviews, so fällt eine

Mannigfaltigkeit auf, sodaß zunächst keine gemeinsamen psychologischen Kategorien deutlich werden. Bei der Prüfung fällt dann auf, daß die Aufzeichnungen im Gegensatz zu anderen Gruppen eher kurz sind. Auch erscheinen sie inhaltlich eher dürftig und unergiebig. Diese phänomenologisch gesehene Unergiebigkeit erweist sich nach psychoanalytischen Vorstellungen dahingehend bedeutsam, daß zwar eine Reihe von Beschwerden aufgezählt werden, sie jedoch ohne psychischen Begleittext gewissermaßen roh aufgezählt werden, sodaß der Untersucher zwar mit einer Reihe von Beschwerden konfrontiert wird, jedoch zunächst "nichts versteht". So beginnen die Patienten die Untersuchung oft mit Darstellung von Beschwerden, wegen derer sie überhaupt nicht überwiesen wurden, und die zunächst keinen, schon gar nicht einen einheitlichen, psychischen Konflikt erkennen lassen. So spricht ein Patient z.B. über gehäufte Anginen, was noch auf einen Infektionsfokus schließen lassen kann, berichtet dann jedoch über langjährige Kreislaufstörungen und später über ein Symptom vorübergehender Sehstörungen. Im weiteren Verlauf sieht der Untersucher jedoch eine Reihe von psychischen Konflikten, die durch die reale Situation sowie der Begründungen des Patienten hindurchschimmern und zwischen dem scheinbar bezugslosen Krankheitsbild und der persönlichen Struktur des Patienten einen Zusammenhang bilden. Anstelle des Konflikts, der im psychosozialen Bereich zu suchen ist, hat sich das Symptom eingestellt, ist eine Übersetzung in eine Körpersprache durchgeführt worden, mittels derer der Patient jetzt dem Untersucher seine Probleme mehr oder weniger verschlüsselt mitteilen kann.

Gegensätzliches Verhalten, wie etwa das eines klagsam-hypochondrischen Patienten und eines, der emotionell recht zufrieden, nüchtern, sachlich und eng begrenzt nur von seinem Symptom spricht

(jedoch im Beschwerdefragebogen sich z.T. ganz anders dargestellt hat), gehört insoweit derselben Kategorie an, als die psychische Konfliktsituation nicht gesehen oder für die Krankheitsauslösung als unbeachtlich angesehen wird. Die jeweiligen Abwehrmechanismen des Ichs gegenüber Triebimpulsen oder Über-Ich-Einschränkungen haben zu einer ähnlichen und vergleichbaren Symptombildung geführt und damit den Konflikt auf eine für das Individuum ertragbare Weise gelöst. Da diese Konfliktlösung jedoch nicht den gesamten Bereich der Persönlichkeit erfaßt (anders z.B. im Gruppenprofil B), bleibt ein Teil der Ich-Kräfte vom Krankheitsgeschehen unberührt, sodaß phänomenologisch eine Vielfalt von Persönlichkeitsausprägungen anzutreffen und im Testprofil dementsprechend ein unauffälliger ("normaler") Verlauf erscheint.

e) Fallbeispiel (Pat. B)

34-jähriger Patient, groß, schwer, pastös; wirkt ungenlenk, dabei lächelnd und etwas kindlich bemüht. Beruf: Buchdrucker.

Seit 10 Jahren leide er unter Kreislaufstörungen. Er habe schon viele Behandlungen durchgemacht. 1960 habe er dann schließlich noch einen Nierenstein gehabt, der 1962 mit einer Schlinge operativ entfernt worden sei. Anschließend (!) habe sich die Prostatitis entwickelt, die jetzt schon so lange bestehe, ohne daß eine Besserung eingetreten sei. Er sei mehrmals deswegen zur Kur gewesen, "aber die Ärzte fänden nichts". Der Patient spricht über die Beschwerden (Schwitzen, Startverzögerung beim Wasserlassen, Müdigkeit, Schmerzen am Glied, Hoden, in Leisten- und Blasen-gegend, aber auch häufiges "Aufstoßen aus dem Magen") sehr detailliert und "ganz bei der Sache". Bei dem sehr schweren und von der Konstitution athletischem, jedoch etwas aufgeschwemmten Patienten fällt auf, daß er ständig lächelnd und quasi entschuldigend über seine Probleme spricht, obwohl er sie inhaltlich doch für sehr wichtig hält. Mir scheint, daß der Patient Angst hat.

Ohne daß ich ihn darauf lenke, kommt der Patient auf seinen Arbeitsbereich zu sprechen: Er wolle möglichst alles genau machen, er fühle sich verpflichtet, besonders gewissenhaft zu sein. Er habe immer Bedenken, irgendetwas habe er falsch gemacht. Nach etwa 15 Minuten schweigt der Patient plötzlich und erklärt dann, nun habe er nichts mehr zu sagen, sicherlich hinge alles mit dem früheren Nierenstein zusammen.

Obwohl der Patient mir mitgeteilt hat, er habe nun nichts mehr zu sagen, fährt er auf mein weiteres Schweigen plötzlich damit fort, daß er mit dem gleichen Eifer wie vorher erzählt, es gehe ihm gut. Sein Sohn sei 13 Jahre alt, er selbst verdiene gut, er habe in den letzten Jahren ein Haus gebaut. (Die ängstliche Gespanntheit des Patienten bleibt auch bei diesen von ihm als "es geht mir gut" bezeichneten Situation bestehen.) Patient berichtet jetzt: Nur die Frau sei etwas krank, sie habe es an den Nerven. Übrigens sei sie auch nicht so stark. Er würde am liebsten zu Hause sein, noch lieber jedoch in der Natur spazierengehen. Dort würde er sich allein wohlfühlen. Nach einer Pause fährt der Patient fort: Daneben hätte er "jedoch auch" einen Kreis von Bekannten, mit denen man sich gelegentlich treffe. (Ich spüre, wie der Patient trotz seiner einfachen Situation sehr gut meine möglichen Fragen antizipiert und sich darauf einstellt. Er will nicht als Einsiedler erscheinen und bringt spontan dieses "jedoch auch"). Als ich jetzt auf seine Frau und deren Krankheit zu sprechen komme, kann er mir schwer angeben, was sie eigentlich habe. Damit ist er beim Thema Krankheit angekommen und spricht spontan wieder über seine eigene Krankheit. Da er die Prostata-erkrankung mit der Operation des Nierensteines in Verbindung bringt, komme ich zunächst auf seine seit 10 Jahren bestehenden Kreislaufstörungen zu sprechen, für die ja keine organische Ursache zu finden sei. Als ich ihn daraufhin anspreche, lächelt der Patient und sagt "das könne wohl so sein, habe aber wohl nichts mit seiner Prostatitis zu tun". Er schränke nun den Sexualverkehr ein, um sich zu schonen, habe jedoch keine Schmerzen beim Verkehr. (Das Interview droht jetzt zu versanden und ich muß es durch Fragen - am leichtesten vom Symptom her, woraufhin mich der Patient zu strukturieren versucht - aufrechterhalten).

Als ich ihn mit "wie war es denn früher?" anspreche, sagt er, er sei als Kind auch immer schon sehr gewissenhaft gewesen, außerdem habe die Mutter immer dieselben Kreislaufbeschwerden gehabt wie er. Als ich auf diesen Zusammenhang hinweise, kann der Patient damit nichts anfangen. Er schweigt, und ich habe den Eindruck, daß er beunruhigt ist. Als ich die möglichen Ursachen der Kreislaufbeschwerden angehe, erscheint der Patient etwas verärgert und sagt, daß 1958, als er eine Kreislaufstörung mit zu geringem Blutdruck gehabt habe, diese Beschwerden lange anhielten und dann "war plötzlich alles in Ordnung gewesen, wie ein Rätsel". Ich frage ihn, ob er sich vorstellen könne, daß es mit seiner Prostataerkrankung ebenso sein könne. Daraufhin schaut mich der Patient freudig an und sagt "ja". Ich habe den Eindruck, daß er jetzt von mir das Medikament haben möchte, das ihn heilen kann. Im Grunde ist er von dem Gespräch mit mir verwirrt; er kann sich wenig Gedanken über die möglichen Zusammenhänge machen, weil er dann über verschiedene Fragen seines ehelichen Lebens sowie seiner Berufssituation nachdenken muß. Er will nur sein Symptom loswerden, sonst nichts. Als ich nach diesem "ja" ihn wegen seiner Berufssituation anspreche, erscheint der Patient unruhig und ist eher verärgert. Er wiederholt nun in affektiver Spannung seine Symptomatik, wobei er mir verraten kann, daß eine gewisse Potenzschwäche schon vor der Nierensteinoperation bestanden habe. Mit einem "wir waren nie so wild" gibt er zu erkennen, daß er im Sexualbereich Schwierigkeiten hat, über die zu sprechen ihm schwerfällt.

Bei der Niederschrift des Interviews fiel mir auf, daß ich den Patienten, der sich mir gegenüber doch eher kindlich-lächelnd verhielt, nicht nach weiteren Einzelheiten seiner Vita sexualis gefragt habe. Ich sehe darin den Ausdruck seiner Abwehr, die so stark und rigide ist, daß sie mich dazu veranlaßt hat, lieber nicht weiter zu fragen. Am Ende des Interviews war eher eine Gespanntheit, sowohl bei Patient wie bei Untersucher zu spüren, da die Richtung des jeweiligen Kontaktwunsches am anderen vorbeiging. Meine Spannung wurde dadurch erhöht, daß der Patient bei der Wiederholung seiner körperlichen Beschwerden mitgeteilt hatte, daß "das dumpfe Gefühl im Damm" bereits vor der Nierensteinoperation 1962 bestanden habe, ohne daß der Patient durch diese von ihm selbst gebrachte Berichtigung in der Lage war, nun die Frage der Verursachung neu zu überprüfen.

Im Rosenzweig P-F Test ergab sich, daß der Patient seine Aggression mehr als andere nach außen ableitet, insbesondere die Schuld bei anderen sucht. Auch kann er die Lösung der Probleme weniger als andere bei sich selbst suchen (Auswertung s. Tab. 6 b im Anhang).

Als Indiz für die in dieser Patientengruppe beschriebenen Persönlichkeitsstruktur, will ich aus dem Satzergänzungstest drei Sätze anführen, deren Ergänzung mir typisch erscheint. Der Patient ersetzt den Satzanfang "Lebensversicherungen" mit "sind immer wichtig". Er gibt seinem sozial üblichen "wichtig" eine eher zwanghafte Komponente "immer" mit, wobei bereits seine Angst deutlich wird. Demgegenüber vervollständigt er den Satz "Eine schöne Krawatte", der auf eine subjektive Entscheidung abzielt, mit der reinen Sachergänzung "vervollständigt die Kleidung". Der Patient läßt hier keinen emotionellen Bezug zu. Den Satzanfang "ein rotes Auto", der eine weit stärkere Emotion anzusprechen sucht, ergänzt der Patient mit "raste gegen einen Baum", womit er seine Angst und Gefährdung ausdrückt; in keinem der 3 Satzergänzungen verwendet er das Wort "ich", wobei er den Wunsch mitteilt, die Probleme und Situationen nicht allzunah an sein "inneres Ich" herankommen zu lassen.

2. Gruppenprofil B

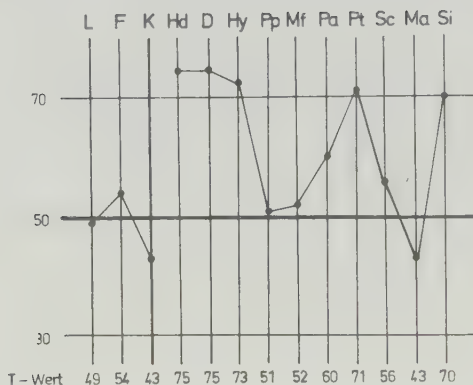


Abb. 1 MMPI-Profil
der Gruppe :

N = 8

Durchschnittsalter 45,6 Jahre

a) Interpretation der Skalen

Die Skalen für Hypochondrie, Depression und Hysterie (Hd, D, Hy) sind bei dieser Patientengruppe in etwa gleicher Ausprägung pathologisch erhöht. Die gleichzeitige Erhöhung dieser 3 Skalen wird als "neurotische Trias" (SPREEN 64,55) bezeichnet, da sie sich sowohl bei unausgelesenen Neurotikern wie auch bei sämtlichen Untergruppen findet. Dazu gehört auch der Pt-Wert, der ebenfalls die Grenze von T = 70 überschreitet.

Gegenüber der Gruppe mit Profil A sind die Skalen für Hypochondrie und Hysterie unverändert. Die

entscheidende Veränderung ist zunächst in der Skala D (Depression) zu sehen, die gegenüber der Profilgruppe A um $T = 16$ erhöht ist. Daraus läßt sich interpretativ folgern, daß bei ähnlicher hypochondrischer Einstellung und dem Eintreten konversions-neurotischer Symptome das Gesamtkrankheitsbild - also sowohl somatischer als auch psychischer Genese (sofern man sich dieses dualistischen Begriffsapparates noch bedienen darf) - den Patienten so überwältigt hat, daß seine Abwehrkräfte bereits weitgehend depressiv versagen. Diese Behauptung läßt sich auch aus den Werten anderer Skalen unterstützen: Die Angstwerte ($Pt = 71$) haben ein pathologisch interpretierbares Maß angenommen. Daneben ist die Skala für soziale Inversion (Si) mit $T = 70$ stark erhöht, womit zum Ausdruck kommt, daß der Patient im sozialen Feld stärker bedroht ist und sich bereits als Folge seines Krankheitsbildes aus dem sozialen Bereich weitgehend zurückgezogen hat. In dieser Interpretation kann auch der erhöhte Wert für paranoide Einstellungen (Pa) sowie der unter dem Durchschnitt der Standardisierung liegende Wert für Manie (Ma), d.h. für ein Darniederliegen der expansiven Kräfte herangezogen werden. Insgesamt sind Patienten des Gruppenprofils B gegenüber Patienten mit Profil A insofern als "kränker" anzusehen, da sie in 5 gegenüber 2 klinischen Skalen pathologisch interpretierbare Werte erreichen bzw. übersteigen. Der hohe Depressionswert spricht klinisch für das Vorliegen einer depressiven Stimmungslage, wie sich später auch durch die Interviews bestätigt finden wird. Das hier vorgelegte Profilbild entspricht in seinem Verlauf Vergleichsuntersuchungen an depressiven Patienten von KNITTEL (44,19) und SPREEN an männlichen Depressiven (S.60); vgl. als Vergleichsuntersuchungen zu anderen neurotischen Profiltypen RICHTER und BECKMANN (56,56ff.).

Aus dem MMPI-Profil dieser Gruppe geht also hervor, daß diese Patienten eindeutig als Neurotiker anzusprechen sind. Wie aus den Interviews und den

vergleichenden Aussagen aus dem Beschwerdefragebogen ersichtlich wird, kann man - in vorsichtiger Weise - eine Tendenz zu einem depressiven Zustandsbild annehmen. Im Sinne einer Klassifizierung zu einer definierten Krankheitsgruppe von "Depressionen" erreicht jedoch die Differenzierungsschärfe gegenüber anderen Neurotikergruppen (vgl. insbesondere Herzneurotiker vom Typ A nach RICHTER und BECKMANN 56,57) nicht aus.

b) Auswertung der Beschwerdefragebogen

aa) allgemeines

Wie bei Gruppe A wurden annähernd ebenso viele Beschwerden sowohl nach psychischer wie nach somatischer Ausprägung hin angegeben; der Quotient P zu S beträgt 1,02 (bei Gruppe A = 0,90). Eine Tendenz geht also in Richtung von häufigerer Ankreuzung psychischer Beschwerden bei Gruppe B, was für das depressive Versagensbild bei diesen Patienten spricht. In gleicher Weise ist zu interpretieren, daß die Gesamtzahl der Ankreuzungen erhöht ist; sie betragen hier im Durchschnitt 28,3 (gegenüber 26,1 bei Gruppe A). Bei Patienten dieser Gruppe ist die Chronizität des Krankheitsgeschehens gegenüber Gruppe A deutlich unterschieden; auch ist das Durchschnittsalter um mehr als 5 Jahre erhöht.

bb) Stärke und Häufigkeit einzelner Beschwerden (nach Symptomgruppen geordnet)

- Störungen der Miktion

Wie auch bei Gruppe A klagten alle Patienten der Gruppe B über erhebliche Störungen der Miktion. Nach Häufigkeit und Stärke geordnet ergibt sich in absteigender Reihe folgendes Bild:

wiederholter Drang, Wasser zu lassen
Startverzögerung beim Wasserlassen
Schmerzen beim Wasserlassen
Nachträufeln
Schmerzen in der Leistengegend und in der Blase
Jucken und Kitzeln in der Harnröhre
Häufiges nächtliches Aufstehen, um Wasser
zu lassen

Sorge, nicht Wasser lassen zu können
Schwierigkeiten, Wasser zu lassen
Ausfluß aus der Harnröhre

Wie bereits bei Gruppe A gesagt, ergibt sich nach Häufigkeit und Stärke keine abweichende Reihenfolge gegenüber Gruppe A. Die depressiven Komponenten, die im MMPI-Profil und im Interview deutlich werden, bilden sich *n i c h t* im somatischen Bereich ab, wohl jedoch im psychischen (s.u.).

- Störungen im dorso-analen Bereich

Alle Patienten dieser Gruppe klagen über Beschwerden im dorso-analen Bereich. Die Reihenfolge nach Häufigkeit und Stärke bildet sich wie folgt ab:

Kreuz- oder Rückenschmerzen
Schweregefühl im Mastdarm
Schmerzen am Damm
Schmerzen beim Stuhlgang

Ein signifikanter Unterschied findet sich lediglich für das Symptom Schmerzen am Damm gegenüber Gruppe C: Patienten der Gruppe B geben auf dem 5% Niveau gesichert ($t = 2,17$ bei $df = 15$) häufiger Schmerzen am Damm an. Bezüglich der übrigen Beschwerden im dorso-analen Bereich finden sich zwar bei Gruppe B gegenüber A und C häufigere und stärkere Angaben, sie erreichen jedoch keine signifikant unterscheidbare Unterschiede.

Dies erscheint insofern überraschend, da man gerade im Schmerzbereich annehmen könnte, daß Patienten mit einer depressiven Symptomatik sich von anderen Gruppen hier signifikant unterscheiden würden. Einen solchen Eindruck vermittelte auch das psychoanalytische Interview; möglicherweise bildet sich hierin auch wieder der Unterschied zwischen Ausfüllen eines "objektiven" Fragebogens und dem ärztlichen Gespräch ab: Eine "Klagsamkeit" gegenüber dem Fragebogen würde dem Patienten als sinnlos erscheinen, nicht jedoch im unmittelbaren Kontakt mit dem Arzt.

- Störungen im Sexualbereich

Alle Patienten klagten über Störungen im Sexualbereich sowie in der Sexualfunktion. 7 der 8 Patienten klagten über vorzeitigen Samenerguß, verbunden mit anderen Beschwerden innerhalb des Sexualbereichs. Insgesamt ergibt sich folgende absteigende Reihenfolge:

Vorzeitiger Samenerguß
Ungenügende Gliedsteife
Geschlechtliche Untererregbarkeit
Schmerzen an Glied und Hoden
Geschlechtliche Übererregbarkeit
Nächtlicher Samenerguß

Statistisch ergibt sich, daß Patienten der Gruppe B häufiger als Patienten der Gruppe A und der Gruppe C geschlechtliche Übererregbarkeit angeben. Mit $t = 1,96$ bei $df = 19$ gegenüber Gruppe A und $t = 1,93$ bei $df = 20$ gegenüber Gruppe C findet sich eine Tendenz, die die Signifikanzgrenze des 5% Niveaus annähernd erreicht. Die Interpretation stößt auf die Schwierigkeit, daß die Patienten im Interview sowie in den einzelnen Beschwerdebogen oft gleichzeitig "geschlechtliche Untererregbarkeit" u n d "geschlechtliche Übererregbarkeit" angegeben hatten, womit sie ausdrücken, daß sie an mangelnder Erektionsfähigkeit, flüchtiger Libido sowie an vorzeitigem Samenerguß leiden, so daß i n s g e s a m t keine, auch nicht den Partner befriedigende, Sexualbeziehung zustande kommt. Aus diesen Überlegungen kann die statistische Signifikanz nicht isoliert interpretiert werden. In der Gesamtsicht ergibt sich, daß die Patienten der Gruppe B häufiger als die der Gruppen A und C in ihrem Sexualverhalten beeinträchtigt sind, wobei sich weniger eine abgrenzbare Symptomatologie als eine diffuse und in wechselnden Formen auftretende Libidoschwäche feststellen läßt.

Im Vergleich zwischen Beschwerdebogenankreuzungen und Interview ergibt sich bei Patienten der Gruppe B, daß sie häufiger als Patienten der Gruppe A spontan im Interview über ihre Sexualprobleme sprechen. Hinsichtlich der Offenlegung ihrer

Beschwerden erweisen sich diese Patienten gegenüber der Gruppe A als freier - oder auch schutzloser. Beschwerdebogen-Aussagen sind mit spontanen Aussagen im Interview annähernd identisch.

- Störungen in der Befindlichkeit

Der Katalog der psychischen Beschwerden zeigt folgende Reihenfolge:

Alle Patienten klagten über	innere Unruhe Schlafstörungen
7 der 8 Patienten klagten über	zwanghafte Neigung zum Grübeln Schwächegefühl trübe Stimmung allgemeine Ängstlichkeit Müdigkeit Vergeßlichkeit
In weniger starker Ausprägung fanden sich	Konzentrationschwäche Übelkeit Übermäßiges Schlafbedürfnis Energielosigkeit Neigung zum Weinen Todesangst

Wie bereits aus dem Eindruck der Interviews angedeutet, finden sich bei diesen allgemeinen psychischen Symptomen wichtige, statistisch faßbare Unterschiede gegenüber den Gruppen A (und C, siehe dort):

In signifikanter Weise klagten Patienten der Gruppe B gegenüber der Gruppe A häufiger über

innere Unruhe	(t = 3.10 bei df = 19)	= 1%-Niveau
Grübeln	(t = 2.31 bei df = 19)	} = 5% Niv.
trübe Stimmung	(t = 2.19 bei df = 19)	
allgemeine Ängstlichkeit	(t = 2.10 bei df = 19)	

Durch diese signifikanten Unterschiede ergibt sich eine präzisere Interpretationsmöglichkeit für die Skala der Depression (D) im MMPI-Profil: Diese Patienten verhalten sich gegenüber anderen Gruppen bezüglich ihrer körperlichen und seelischen Symptome derart, daß sie nicht mehr von einzelnen, von einander abgrenzbaren Symptomkomplexen betroffen sind, sondern daß sich stattdessen allgemeine, das

Ich überflutende Unruhezustände einstellen, in denen der Patient sich ständig in trüber Stimmung befindet, über allgemeine Ängstlichkeit klagt und seine Abwehr sich nur noch in einem fruchtlosen Grübeln ausdrücken kann. Das Symptom hat, metaphorisch gesprochen, seine räumlichen Grenzen überschritten und sich diffus im Psychischen ausgebreitet.

Bezeichnend ist auch hier, daß sich diese Unterschiede nicht im Somatischen ausdrücken, d.h. daß die Störungen im Sexualbereich, im Bereich der Miktion und im dorso-analen Bereich ebensowenig unterscheiden wie in einer Zusammenfassung aller der Angaben, die sich auf Schmerzen beziehen. Insgesamt hat man bei dieser Patientengruppe kaum noch den Eindruck, daß es sich um ein Kollektiv mit einem gemeinsam definierten Krankheitsbild, nämlich der chronischen abakteriellen Prostatitis, handelt.

c) Ergebnisse des Rosenzweig P-F Tests

In der Auswertung der 6 Antwortgruppen im Bezug auf das Verhalten der Patienten mit aggressiven Impulsen ergibt sich nach der Binominal-Verteilung eine auf dem 1%-Niveau signifikante Unterscheidung in der Dimension E: Patienten des Profiltyps B geben signifikant weniger Antworten vom Typ E (Verteilungsschema siehe Tab. 6 a im Anhang). Interpretativ ergibt sich, daß Patienten dieser Gruppe in außerordentlich hohem Maße ihre Aggression s e l t e n e r gegen die Umgebung richten. Während die Dimension M unauffällig ist d.h. keine Tendenzen vorhanden sind, die Aggression überhaupt zu umgehen, muß sie sich demzufolge gegen sich selbst, d.h. gegen das eigene Ich richten. Diese Tendenz entspricht den Untersuchungen von KNITTEL an

Depressionen (S.22), ohne jedoch in den Ergebnissen bezüglich der Skalen E-D und N-P übereinzustimmen. Eine Übereinstimmung ergibt sich jedoch im Bezug auf die Häufigkeit von I-Antworten dieser Patientengruppe, wenn man sie im Gegensatz zu Herzneurotikern vergleicht (RICHTER und BECKMANN 56,61, KNITTEL 44,35).

Auch hieraus ergibt sich, daß die Patienten der Gruppe B zwar gehäuft depressive Züge zeigen, jedoch nicht als eine einheitliche Krankengruppe "Depressionen" bezeichnet werden können.

d) Interpretation der Interviews der Patienten mit Gruppenprofil B

Während das MMPI-Profil als Hauptunterscheidungsmerkmale die Erhöhung der Skala der Depression, der Angst und der sozialen Introversion zeigte und sich auch im statistischen Vergleich der Ergebnisse des Beschwerdefragebogens sich signifikante Unterschiede im psychischen Beschwerdebild finden, zeigt die Durchsicht der Interview-Protokolle nicht unmittelbar ein immer traurig gestimmtes und durchgängig resigniertes Bild. Im Gegenteil erscheinen einige Interviews eher vielfältig, dynamisch und z.T. offen aggressiv. Im zeitlichen Ablauf des Interviews dringt jedoch - sieht man von der Möglichkeit ab, daß der Interviewer den Patient in diese Situation hineindrängt - mehr und mehr die Hilflosigkeit des Patienten durch, die Ohnmacht, sei es im Bezug auf die diagnostizierte Krankheit, die häufig seit der Pubertät bestehende Sexualproblematik und die Schwierigkeit, lebenssituative Probleme zu lösen. Gemäß der bekannten klinischen Unterscheidung findet man deshalb neben der "depressiven" Depression auch Formen, die als agitierte Depression aufzufassen sind. Beiden Beschwerdebildern ist gemeinsam, daß die Anstrengungen des Ichs, Lebens-

situationen zu bewältigen, versagen, so daß sich ein allgemeiner Rückzug aus der Objektbeziehung einstellen muß. Da die Patienten jedoch nicht wegen psychischer Störungen überwiesen und auch nicht spontan zur Untersuchung kamen, sind die Patienten jedoch ähnlich wie in Gruppe A häufig nicht in der Lage, eine psychische Bedingtheit oder Mitverursachung anzuerkennen. Hier werden die hypochondrische Fixierung und das Auftreten konversionsneurotischer Symptome, die beide der Abwehr psychischer Konflikte dienen, ebenso wie bei Gruppe A deutlich und erschweren eine Hilfe aus dem Bereich der psychologischen Medizin. (s.u.VI). Zwei Fallbeispiele mögen dies verdeutlichen:

e) Fallbeispiele (Interview)

Patient T.: 42-jähriger, eher kleiner, schwächlicher Mann, der blaß aussieht und äußerst gespannt erscheint. Er hat zum Interview eine Akte mitgebracht, in der er Arztbriefe bzw. Fotokopien aus verschiedenen Kliniken vorlegt. Gleichzeitig teilt er mir mit, daß er für unerhört halte, daß er 4 Wochen für den Untersuchungstermin habe warten müssen. Er habe schon mit der Sekretärin Schwierigkeiten gehabt, als er gesagt habe, daß er wegen seiner unerträglichen Schmerzen nicht warten könne. Inzwischen seien jedoch die Schmerzen durch die medikamentöse Behandlung in der Urologischen Abteilung wesentlich gebessert worden.

Patient klagt über Rückenschmerzen, über Schmerzen in der Leistengegend, wird darin sehr ausführlich und bringt dann Einzelheiten über Schmerzen in der rechten Körperseite, die von der Leber kämen und bis in die Schulter ausstrahlten. Die ganze Beschreibung wirkt diffus; der Patient bekomme keine Klarheit in seine Symptomatik. Zwischen den Beschreibungen teilt er mir in recht feindseliger und gespannter Weise mit, daß er hierhergeschickt worden sei und er doch nicht in die Klappsmühle gehöre. Er habe immer seinen Mann gestanden und sei nie krank gewesen und würde mehr leisten als andere. Er sei selbständiger Friseurmeister. Jetzt habe er sich einmal 3 Monate krankschreiben lassen

(er nennt das in abschätzigem Ton "krank feiern"), damit die Ärzte sich einmal beeilten. Auf meine Frage nach einer weiteren Erläuterung über sein Verhältnis zu Ärzten kommt eine wirre Fülle von Details, in denen er sich vor allem beklagt, daß die Ärzte seine Schmerzen nicht glauben wollten, daß er auch an zu junge Ärzte käme (sic!) und man nicht weiter käme.

Nach einiger Zeit wird deutlich, daß sich der Patient in einer akuten Leistungsproblematik befindet, er sein Geschäft zwanghaft genau organisieren, jede Handlung der Gehilfen über prüfen und wie er sagt, letztlich alles "selbst machen" müsse. Er glaubt, das Geschäft ginge zugrunde, wenn er länger als 2 oder 3 Wochen wegbliebe. Auch hier hat der Untersucher den Eindruck, daß der Patient die anderen für seine Schwierigkeiten verantwortlich macht.

Während sich der Patient am Beginn des Interviews dafür eingesetzt hat, daß er immer seinen Mann gestanden und kaum krank gewesen sei, sagt er jetzt, daß er oft Herzkrämpfe gehabt habe, Lungenentzündungen und andere Erkrankungen, ohne daß er hier einen chronologischen oder einen sonst einleuchtenden Zusammenhang bringen kann.

Unter Hinlenkung auf seine persönliche Situation sagt der Patient, daß er sich mit seiner Frau sehr gut verstehe, sie jedoch dennoch aneinander vorbeileben. Er würde oft schon nachts um 3.00 Uhr aufstehen und in den Wald gehen, um sich zu beruhigen. Die Frau hatte Magengeschwüre und jetzt ein Zwölffingerdarmgeschwür und sei noch nervöser als er. Es gebe Spannungen mit dem Sohn, dessen Freundin ein Kind erwarte, die ihn aber nicht heiraten wolle. Er habe mit der Familie des Mädchens geredet und beide Eltern seien sich einig, daß die Kinder wohl heiraten müßten. (Bei dieser Darstellung ballt der Patient die Fäuste und schlägt sie gegeneinander) Patient wirkt in seiner Sprache eher abfällig, ironisiert sich selbst in seinen Beschwerden, jedoch vor allem die unfähigen Ärzte. Da er sich hierher geschickt und somit passiv fühlt, ist er nicht in der Lage, eigenständig über seine Probleme und deren möglichen Zusammenhänge zu sprechen. Er wolle so schnell wie möglich geheilt werden. Er teilt mir mit, daß er in die Luft ginge, wenn es nicht innerhalb von einer Woche besser würde. Er wird dann sehr unruhig und anschließend schweigsam-depressiv, als ich ihm zu verstehen gebe, daß Behandlungen bei uns einen längeren Zeitraum erforderten.

Ohne jetzt auf die ihm indirekt angebotene Möglichkeit einer Psychotherapie einzugehen, sagt der Patient nach einer langen Pause - in der sich a verbal seine depressive Stimmungsveränderung ausdrückt - gereizt, daß "stundenlanges Ausfüllen von Fragebögen doch wohl keine Therapie" sei. (Interpretation: Im Augenblick, in dem der Patient wieder sprechen kann, muß er seine aggressive Haltung fortsetzen).

Bei einer Wiedervorstellung einige Wochen später, bei der über die Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik zu einer stationären Gruppenpsychotherapie gesprochen werden sollte, teilt mir der Patient mit, daß er sich inzwischen einer religiösen Gruppe angeschlossen habe, was ihn sehr erleichtere. Ohne genaueres mitzuteilen, gibt er mir zu verstehen, daß er in der religiösen Gruppe die Rolle eines Laien- oder Hilfspredigers ausüben kann, was ihn sehr beschäftigt und auch sehr erleichtert. Bei dieser Wiedervorstellung spricht er weder über die somatischen Beschwerden anlässlich der Prostatitis noch über die Konflikte mit seinem Friseurgeschäft, mit seiner Frau und mit seinem Sohn. Erst am Ende des Gesprächs, als er mir mitgeteilt hat, daß er keinen Behandlungswunsch in dem von uns angebotenen Sinne hat, muß er mir mitteilen, daß er dennoch heftige Beschwerden, insbesondere Kreuzschmerzen und Schmerzen in der Leistengegend habe.

Im Rosenzweig-Test wäre eine Häufung der E-Antworten zu erwarten, da der Patient ganz offen die anderen für entstehende Probleme anschuldigt. Das Gegenteil ist der Fall: Pat. gibt gehäuft I-Antworten, richtet die Aggression daher gegen sich selbst (vgl. Anhang Auswertungstab. 6 b) und muß demzufolge depressiv unterliegen.

Im Satzergänzungstest, die nicht auf einem projektiven Verfahren beruht, kann der Pat. demgegenüber seine Aggression voll nach außen richten. Er ergänzt "Ein rotes Auto" mit "ist kindisch und blöd" und "Eine schöne Krawatte" mit "ist nur für Spiegelprotzen".

Pat. H.: 44-jähriger, unauffällig erscheinender, freundlicher und recht differenzierter Mann. Auf die Frage, welche Beschwerden er habe, sagt er, er habe sehr viele und er wolle am liebsten

am Kopf anfangen. Es folgt nun über länger als 20 Minuten eine Aufzählung, buchstäblich von Kopf bis Fuß, wobei Kopfschmerzen, Ohrensausen, Anginen, Herzbeschwerden, Magenbeschwerden, Gelenkbeschwerden u.a. aufgezählt werden, wobei der Patient gleichsam noch einmal die Beschwerden des Fragebogens, die er alle mit "ja" angekreuzt hat, wiederholt. Trotz der Aufzählung hat man den Eindruck, daß man sich in den Patienten gut einfühlen kann, die einzelnen Beschwerden werden differenziert gesehen und haben jeweils einen etwas anderen psychischen Stellenwert, sodaß man nicht etwa von einer Monotonie der Beschwerden überschwemmt wird.

Ohne eine Unterbrechung durch den Untersucher spricht der Patient dann von seiner Lebenssituation: Er sei vor wenigen Jahren über eineinhalb Jahre lang arbeitslos gewesen und sei dann als Fahrer bei der Straßenbahn angestellt worden. Hier habe es Schwierigkeiten wegen seiner Sehkraft gegeben. Er habe dann als Schaffner gearbeitet und sei nach mehreren Arbeitsplatzwechseln jetzt als Bote in einer Fabrik beschäftigt.

Da mir der Patient für eine solche Tätigkeit zu differenziert erscheint, und der Patient seinerseits nicht soweit in mich einfühlen kann, sodaß er spontan mit mir über diese Diskrepanz sprechen kann, frage ich ihn nach anderen, insbesondere früheren Berufsausübungen.

Durch diese Frage fast schlagartig erleichtert und gleichzeitig sehr bewegt, teilt mir der Patient mit, daß er bis 1961 selbständig einen Gewerbebetrieb gehabt habe, und zwar als ausgebildeter Marionettenspieler.

Unmittelbar darauf berichtet mir der Patient, daß die Beschwerden wenige Wochen nach diesem Ereignis eingesetzt haben und sich seit dieser Zeit immer mehr verschlechtern. Indem ich dem Patient zu verstehen gebe, daß mir diese Lebensumstände für sein Krankheitsbild in irgendeiner Weise wichtig zu sein scheinen, fühlt sich der Patient noch weiter erleichtert und beginnt zu erzählen: Bereits sein Großvater habe ein Marionettentheater gehabt, habe den Vater und dann auch den Enkel angelernt, man sei viel im Erzgebirge herumgezogen, jedoch auch oft in Dresden gewesen und überall Freunde gehabt. Im zweiten Weltkrieg habe er für die Wehrmacht spielen können und sei überall durch Rußland gezogen, ohne daß er verwundet oder in Kriegsgefangenschaft gekommen wäre. Nach

dem Krieg habe es allerdings Schwierigkeiten in der DDR wegen seines selbständigen Berufes gegeben; er sei dann in den Westen gegangen und habe über mehrere Jahre versucht, den Betrieb aufrecht zu erhalten, bis er ihn dann 1961 aufgeben mußte. Während ich hier, durch Vereinfachung und Verkürzung gezwungen, eine chronologische Wiedergabe der Patientenaussage bringe, hat der Patient bei dieser Mitteilung immer wieder etwas anderes durchblicken lassen, worin sich seine Schwierigkeiten noch unmittelbarer abzeichnen: Es gäbe keinen Nachwuchs als Marionettenspieler, er habe erst in der DDR, dann in der Bundesrepublik einen Jungen gehabt, den er anlernen wollte; beide sind aber weggegangen. Während er vom Weggehen dieser Lehrlinge spricht und wieder an Vater und Großvater denkt, fängt der Patient an zu weinen. Aus den Unterlagen weiß ich, daß der Patient verheiratet ist und 3 Kinder im Alter von 21 (w), 19 (w) und 8 (m) hat. Dennoch spricht er nicht von ihnen. Als ich auf die Familiensituation zu sprechen komme, sagt er, daß alles "ganz gut gehe". Wie weit die Menschen von ihm entfernt sind, wird mir wieder deutlich, daß er jetzt nichts über seine Kinder sagt, obwohl ich ihn danach gefragt habe und obwohl er noch vor kurzem über familiäre Dinge gesprochen hat. Er erwähnt noch, daß seine Frau allerdings auch krank sei. Als ich noch einmal auf die Beschwerden des Patienten zurückkomme, spricht er spontan von seiner Berufsproblematik (obwohl ich an die körperlichen Beschwerden gedacht hatte). Unversehens gerate ich mit dem Patienten in eine beratende Situation, indem ich mit ihm bespreche, welche Möglichkeiten oder Variationen es für seinen eigentlichen Berufsbereich noch geben könne, wo man sich bewerben könne, etc. Erst gegen Ende des Interviews fällt mir auf, daß der Patient mich völlig unbewußt von seinen Beschwerden weggelenkt und damit meinen medizinischen Bemühungen eine recht scharfe Grenze gesetzt hat. Das Interview endet dann für beide Teile in einer etwas gespannten Stimmung, da ich dem Patienten ein antidepressives Medikament verschreibe, an dem er kaum interessiert ist, während er mir über noch längeren Zeitraum eigentlich aus seinem Leben und seinem früheren Beruf erzählen wollte, und damit meine zeitliche Grenze des Interviews nur schwer ertragen konnte.

Bezeichnend ist, daß der Patient im Rosenzweig-Test trotz seiner geistig-seelischen Differenzierung, die Bildvorlagen bezüglich der frustrierenden Situation und einem frustrierten Menschen nicht versteht, sodaß die Antworten, die alle in sich sinnvoll sind, in keiner der 6 Dimensionen ausgewertet werden konnten. Der Patient hat damit - unbewußt - das Problem der Aggression so gelöst, daß er sie bereits intellektuell nicht annimmt und sich damit emotionell auch nicht auseinanderzusetzen braucht. - Vergleichbares ergibt sich aus dem Satzergänzungstest, indem der Patient so verschiedenartige Antwortrichtungen gibt, daß sie sich einer strukturierten Beschreibung entziehen.

So sehr die Verhaltensweisen dieser beiden beschriebenen Patienten im Interview abzuweichen scheinen, so ähnlich ist doch die Struktur darin, daß sie von ihrem - wie auch immer gearteten - Konflikt so bedrängt und bereits überwältigt sind, daß sie sich und dem Untersucher keine Möglichkeit geben können, diese Konflikte zu besprechen; insofern gehören diese Patienten der gleichen psychischen Abwehrstruktur an. Dies wird nicht nur im MMPI-Profil, das sie miteinander und einer anderen Reihe von Patienten gemeinsam haben, sichtbar, sondern auch dadurch, daß das Profil des Patienten T. mit der Ladung 0,96 die höchste Übereinstimmung mit dem Gruppenprofil dieser Gruppe überhaupt hat; auch Patient H. lädt auf demselben Gruppenfaktor mit 0,81 auffallend hoch. Insbesondere sind die beiden angeführten Patienten besonders charakteristisch dafür, daß sie Persönlichkeitsmerkmale der Gruppen A bzw. C in auffallender Weise **n i c h t** haben. (Vgl. Variable 12 = Pat. T. und Variable 34 = Pat. H. in der Tabelle der Q-Faktoren-Analyse, Tab. 1).

3. Gruppenprofil C

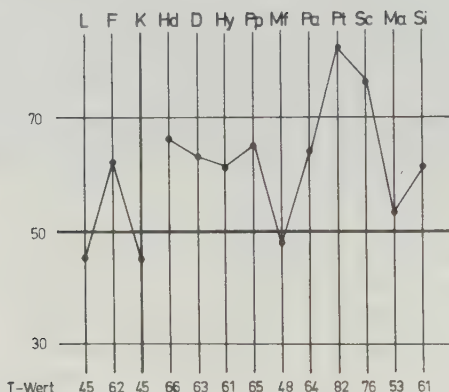


Abb. 5 MMPI-Profil der Gruppe C

N = 9

Durchschnittsalter

36,9 Jahre

a) Interpretation der Skalen

Die Patienten dieser Gruppe zeigen in den bereits beschriebenen Skalen der "neurotischen Trias" also Hypochondrie (Hd), Depression (D) und Hysterie (Hy) zwar Erhöhungen, jedoch keine Werte, die die Grenze von 70 erreichen oder gar übersteigen. Betrachtet man den Gesamtverlauf, so sind lediglich die Skalen Psychasthenie (Pt) mit einem T-Wert von 82 sowie Schizoidie (Sc) mit T = 76 pathologisch interpretierbar erhöht.

Daraus läßt sich zunächst schließen, daß es sich nicht um klassisch definierte Neurosen oder Patienten mit typischen psychosomatischen Erscheinungen handelt und die Störung eher psychiatrischen Kategorien zuzuordnen ist. Bei typisch psychotischen

Profilen (64,49) findet sich jedoch ein Sc-Wert, der höher als Pt liegt, während es hier, obwohl beide Skalen pathologisch erhöht sind, umgekehrt ist. Das Persönlichkeitsbild dieser Patienten ist deshalb bei einer stark ausgeprägten schizoiden Tendenz in hohem Maße von diffuser Angst gekennzeichnet. Diese Angst wird weniger hypochondrisch oder depressiv gebunden, auch nicht im Sinne eines Konversionssymptoms verarbeitet, sodaß sie eher frei flottiert und zu Verzerrungen, Verzeichnungen und Skurilitäten im Persönlichkeitsbild des Patienten führt. Hinzuzufügen ist jedoch, daß die Skalen Hd und Hy, ebenso wie Pa erhöht sind, sodaß die obengenannte Behauptung immer wieder mit Einschränkungen gesehen werden muß. Gegen das Vorliegen eines generellen psychotischen Versagens sprechen die Normwerte der Skala Ma ($T = 53$); erst bei gleichzeitiger Erhöhung von Sc und Ma könnte eindeutiger von einer psychotischen Störung gesprochen werden. (64,36). Außerdem ist die Validität desMMPI-Tests bezüglich Psychosen bei deutschsprachigen Patienten (64,63f.) nicht unbestritten. Nach SPREEN (64) handelt es sich bei dem hier vorliegenden Verhältnis von Pt zu Sc bei gleichzeitig pathologischer Erhöhung "wahrscheinlich eher um einen Neurotiker" (S. 35). Insgesamt kann gesagt werden, daß es sich aus dem MMPI-Profil um Patienten handelt, bei denen neurotische und psychotische Persönlichkeitsanteile in jeweils verschiedenartiger Ausprägung vorhanden sind. Im psychoanalytischen Schrifttum werden solche Patienten häufig unter dem Begriff des "Borderline-Zustands" zusammengefaßt. (zur Lit. vgl. GLOVER (35), LOCH (47;49), SCHMIDEBERG (58) und STERN (68)).

Darauf kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

b) Auswertung der Beschwerdefragebogen

aa) allgemeines

Wie bei Gruppe A und B wurden etwa ebenso viele nach Psychischem wie nach Somatischem tendierende Beschwerden angekreuzt (Quotient $P : S = 1,02$). Insgesamt wurden von 40 möglichen Ankreuzungen 25,6 als vorhanden angekreuzt. Dies entspricht der Gruppe A mit 26,0 und beträgt damit weniger als bei der Gruppe B mit 28,3. Auf den Beschwerdefragebogen bezogen, ergeben sich daher in der Grundeinstellung gegenüber psychischen und/oder somatischen Beschwerden keine relevanten Unterschiede: Alle 3 Gruppen beschreiben ihre Symptomatik sowohl mit psychischen wie mit somatischen Begriffen.

bb) Stärke und Häufigkeit einzelner Beschwerden
(nach Symptomengruppen geordnet)

- Störungen der Miktion

Alle Patienten dieser Gruppe klagten über erhebliche Störungen im Bereich der Miktion. Nach Häufigkeit und Stärke geordnet ergibt sich:

wiederholter Drang, Wasser zu lassen
häufiges nächtliches Aufstehen, um Wasser zu lassen
Startverzögerung beim Wasserlassen
Schmerzen in der Leistengegend und in der Blase
Jucken und Kitzeln in der Harnröhre
Nachträufeln
Schwierigkeiten, Wasser zu lassen
Sorge, nicht Wasser lassen zu können
Ausfluß aus der Harnröhre

Nach Häufigkeit und Stärke ergeben sich keine signifikanten Unterschiede gegenüber der Gruppen A und B.

- Störungen im dorso-analen Bereich

Alle Patienten dieser Gruppe klagten über Störungen, die sich wie folgt abbilden:

Kreuz- oder Rückenschmerzen
Schweregefühl im Mastdarm
Schmerzen beim Stuhlgang
Schmerzen am Damm

Gegenüber der Gruppe B haben Patienten signifikant seltener Schmerzen am Damm (Einzelheiten siehe bereits dort).

- Störungen im Sexualbereich

Alle 9 Patienten dieser Gruppe klagten über Störungen im Sexualbereich, davon 6 über vorzeitigen Samenerguß und 3 über allgemeine Libidoschwäche. (Wahrscheinlich handelt es sich nicht um getrennte Symptomenkomplexe, da im Interview keine genaue Exploration über mögliche Fehlformulierungen der Patienten stattfand).

Als Reihenfolge ergibt sich:

vorzeitiger Samenerguß
geschlechtliche Übererregbarkeit
Schmerzen an Glied und Hoden
ungenügende Gliedsteife
Juckreiz am Geschlechtsorgan
schmerzhafte Gliedsteife
nächtlicher Samenerguß

Gegenüber Gruppen A und B keine signifikanten Unterschiede.

Zwischen den Aussagen im Beschwerdefragebogen und im Interview finden sich bei Gruppe C die relativ größten Unterschiede: Bei 6 der 9 Patienten stimmen beide Aussagen überein, bei 3 sind sie diskrepant (2 sprachen nicht im Interview, gaben jedoch im Fragebogen Beschwerden an; bei einem Patienten verhielt es sich umgekehrt). Diese Patienten-Gruppe scheint hinsichtlich ihrer Aussage am wenigsten verlässlich zu sein, was auf eine erhebliche Unsicherheit der Patienten auf Zielsetzung der Untersuchung sowie der Selbsteinschätzung ihrer Krankheit zurückgeführt werden kann.

- Störungen in der Befindlichkeit

Alle 9 Patienten klagen über	trübe Stimmung Konzentrationschwäche Schlafstörungen
8 über	Vergeßlichkeit
7 über	zwanghafte Neigung zum Grübeln Schwächegefühl übermäßiges Schlafbe- dürfnis innere Unruhe Müdigkeit
als weniger häufig und aus- geprägt folgen	Übelkeit Energielosigkeit Neigung zum Weinen allgemeine Ängstlichkeit Todesangst

Signifikante Unterschiede finden sich hier gegen-
über Gruppe A:

Patienten der Gruppe C klagen signifikant h ä u -
f i g e r über

trübe Stimmung	(t = 2,74 bei df = 20)	
zwanghafte Neigung zum Grübeln	(t = 2,45 bei df = 20)	5%-Niveau
Konzentrations- schwäche	(t = 2,32 bei df = 20)	

Während bei Gruppe A zwanghafte Neigung zum Grübeln
und trübe Stimmung an 9. bzw. 10. Stelle stehen,
findet man sie bei Gruppe C innerhalb der ersten
5 Nennungen. Hieraus wird die psychische Betroffen-
heit der Patienten der Gruppe C deutlich; der es
im Gegensatz zur Gruppe A weniger gelingt, den
Krankheitsbereich vom Ich her begrenzt zu halten.
Bezeichnend ist auch, daß sich die Patienten der
Gruppe C in diesen Beschwerden sehr ähnlich wie
Patienten der Gruppe B, also eher depressiv ge-
stimmte Patienten, verhalten. Dies wird auch
sehr deutlich in der unterschiedlichen Ausprägung
der Skala Pt im MMPI: Gruppe A: T = 61; Gruppe B:
T = 71; Gruppe C: T = 82.

Während bei der statistischen Verrechnung hinsichtlich der eigenen Einschätzung der Beschwerden in der Befindlichkeit sich keine Unterschiede gegenüber den Patienten der Gruppe B ergeben, kann aus dem Unterschied in der Höhe der Pt- und Sc-Skalen bei Gruppe C geschlossen werden, daß bei gleichem somatischem Beschwerdebild eben diese Beschwerden einen anderen psychischen Stellenwert haben (vgl. Unterschiede in den Skalen D bei Gruppe B und C) und daher in das Persönlichkeitsgefüge in anderer Weise eingebaut sind.

c) Ergebnisse des Rosenzweig P-F Tests

Die Auswertung aller 6 Antwortgruppen, die sich auf das Verhalten der Patienten im Umgang mit aggressiven Impulsen richten, ergab keine signifikanten Unterschiede gegenüber der Population (Verteilungsschema s. Tab. 6 a im Anhang).

d) Interpretation der Interviews der Patienten mit Gruppenprofil C

Patienten erscheinen im Interview insgesamt als schwierig. Große Ängstlichkeit, scheinbar unmotivierte plötzliche Schweigsamkeit, rätselhafte Symptome sowie schwer verstehbare, oft umständlich vorgebrachte Zusammenhänge erschweren den Kontakt mit dem Untersucher. Ohne daß man das Gefühl einer hypochondrischen Fixierung erhält, klagen die Patienten oft über eher skurrile Symptome wie z.B. eine angeblich abends beobachtete Verfärbung der Glans penis, Bläschen an der Lippe oder eine nur manchmal auftretende nächtliche Pollakisurie, sodaß man zunächst an ein selteneres organisches Krankheitsbild denkt und dementsprechend Überlegungen anstellt. Fragt man näher nach, so kann der Patient nur schwer verständlich machen, welchen Stellenwert dieses isolierte Symptom für seinen gesamten Lebensbereich hat. Es zeichnet sich insgesamt eine Verschiebung der Maßstäbe innerhalb der Persönlichkeit ab, sodaß immer

die Gefahr besteht, daß entweder der Untersucher den Patienten oder der Patient den Untersucher nicht versteht. Während Patienten der Gruppe B dazu neigen, vor Schwierigkeiten depressiv zusammenzubrechen und hilflos zu werden, zeigt sich bei Patienten der Gruppe C eher eine Verformung des Ichs, das auch weiterhin unter starker Angstspannung steht, sich jedoch in irgendeiner, wenn auch oft skurril erscheinenden Weise gegenüber der Außenwelt behaupten kann.

Daß es sich bei diesen Patienten nicht um definierte Psychosen handelt, geht auch daraus hervor, daß von 9 Patienten nur einer in die Psychiatrische Klinik überwiesen werden mußte.

e) Fallbeispiel (Interview) Pat. K.

33-jähriger, sehr großer, schwerer, dabei aufgetrieben-pastös wirkender Mann. Im Kontrast dazu ein ängstliches Lächeln, das während des ganzen Interviews beibehalten wird. Spricht leise, zunächst sehr rasch, stolpernd, fast stotternd.

Er habe viel Nachtdienst, sei Postbeamter, müsse oft wegfahren. Er sei 33 Jahre alt und seit 2 Jahren verheiratet. Dann schweigt der Patient. Als ich dem Patient mitgeteilt habe, er möge über seine Beschwerden sprechen, lacht er mich mit seiner eigenartig freundlichen, homosexuell hingebenden und jugenhaften Weise an, windet sich auf seinem Stuhl und sagt, "das sei sehr schwer". Man würde eher die Fehler an anderen, als an sich selbst sehen. Daraufhin schweigt er.

Ich sage, daß Beschwerden wohl nicht als Fehler zu bezeichnen seien und gebe ihm eher die Ermunterung, einfach zu sprechen, wie er sich fühle. Daraufhin nimmt der Patient wieder Kontakt auf, lächelt und windet sich wieder auf dem Stuhl, wobei man die Situation eher als quälend empfindet, obwohl der Gesichtsausdruck freundliche Zuwendung auszudrücken scheint.

Später berichtet der Patient von seiner Symptomatik, wobei er mich, den Untersucher, geradezu zu vergessen scheint und dadurch recht erleichtert wirkt. Er berichtet, daß er bis zu zehnmal in der Nacht Wasser lassen müsse. Am anderen Morgen sei er dann ganz fertig. Er sei bei Internisten und anderen Ärzten

gewesen - auch bei Homöopathen. Er glaubt, es sei auf die Überarbeitung zurückzuführen. Er habe vor wenigen Jahren ein Haus gebaut und sich dabei sehr aufregen müssen. Auch wolle er jetzt seinen Nachtdienst bei der Post ändern. Es gebe aber immer auch so viel im Garten und im Haus zu arbeiten, das wäre wohl zu viel für ihn. Er würde, wenn er es heute noch einmal machen müßte, das Haus nicht mehr bauen. Patient erzählt dann biographisches über sein Schicksal als Einzelkind, seine Flucht mit der Mutter, den Tod des Vaters und die bis zum 22. Lebensjahr fortgesetzte äußerst enge Lebensgemeinschaft mit der Mutter.

Bei der Darstellung seiner Biographie hat sich der Patient innerlich formiert und er scheint recht ruhig. Indem ich jedoch die Beziehung zu seiner Mutter anspreche, weicht er zunächst in sachliche Auskünfte aus und wird dann jedoch sehr unruhig: Zwischen seiner Frau und der Mutter gäbe es immer Schwierigkeiten, da beide Frauen in demselben Haus wohnten. Plötzlich fragt er mich, ob der Coitus interruptus, den er praktiziere, schädlich sei. Auf meine Rückfrage, warum die Frau keine antikonzeptionellen Tabletten nehme, sagt er, die Frau wolle das nicht. Seine Frau habe im übrigen noch mehr Angst als er; sie müsse immer abends unter dem Bett nachsehen, ob nicht noch jemand da sei. Die Frau würde auch arbeiten, als Verkäuferin; das könne sie gut. Zu Hause sei sie jedoch sehr verschlossen. In diesem Zusammenhang fragt der Patient, ob der Sexualverkehr für ihn überhaupt etwa schädlich sein könne.

Mir fällt auf, daß der Patient über die schweren Zwangszüge seiner Frau überhaupt nicht beunruhigt ist und auch mit ihr angeblich über die Frage der Antikonzeption noch gar nicht gesprochen hat. Selbst während er mich nach Ratschlägen für sein Sexualverhalten fragt, wirkt er so, als müsse er sich immer entschuldigen und ängstlich bemüht sein, eine mögliche Aggression durch mich zu vermeiden. Da der Patient immer wieder mit Angstzeichen reagiert, wenn persönlichere Fragen, insbesondere die des Kontakts zu anderen Menschen sowie zu seiner Ehefrau angeschnitten werden, und er die Pollakisurie als Hauptsymptom zur Besprechung angeboten hatte, versuche ich, es eingehend zu explorieren. Am Ende ergeben sich jedoch für mich keine verständlichen Zusammenhänge, etwa mit der Wasseraufnahme, dem Sexualbereich, sowie anderer möglicher Verhaltensauffälligkeiten. Bemerkenswert ist, daß ich, je genauer ich einen Zusammenhang zu erfassen versuche, um so verwirrter und unsicherer werde.

Um über die psychische Struktur des Patienten und damit die Möglichkeit, sein Symptom besser therapieren zu können, genaueres zu erfahren, bot ich dem Patient eine psychotherapeutische Behandlung von je einer Wochenstunde an. Insgesamt wurden über einen Zeitraum von 7 Monaten 26 Behandlungsstunden durchgeführt.

Aus dieser Therapie, die ich hier nicht im einzelnen schildern kann, ergab sich immer wieder eine kennzeichnende Mischung von neurotischen bzw. psychotischen Persönlichkeitsmerkmalen: Das Angebot eines sehr engen Vertrauensverhältnisses, ja symbiotischen Kontakts, beantwortete der Patient deutlich mit Angsterleichterung. Jedes interpretierbare Verhalten meinerseits führte bei ihm jedoch zu psychischen Störungen, die paranoide und schizoide Tendenzen unmittelbar aufleben ließen. So sprach der Patient von Menschen, die ihm auf der Straße nachsähen, insbesondere, wenn er sie überquere. Er nahm per Tag- bzw. Wachtraum, wobei eine gedankliche Abgrenzung schwer fiel, Kontakt mit Familienangehörigen in Österreich auf und glaubte über deren Situation auf averbale Weise unterrichtet zu sein. Beim Lesen der Bildzeitung habe er die Empfindung, "es sei alles so wirklich und nah". Außerdem müsse er sich mit Dingen beschäftigen, die ihn nichts angingen, so z.B. über einen weiteren Ausbau des Hauses, den er im übrigen gar nicht beabsichtige, jedoch auch über das, was bestimmte Kollegen, die nachts mit ihm im Postsortierzug fahren, über ihn denken. Alle diese Details konnte mir der Patient kindlich-freundlich mitteilen, ohne daß es andererseits mir gelang, ihn durch eine, wenn auch stützende Interpretation beruhigend zu beeinflussen. Wichtig erscheint, daß alle diese Vorgänge reversibel waren und den Patienten in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigten. Druch eine ruhige Kenntnisnahme der geschilderten Symptome ohne interpretativen Eingriff, verbunden mit suggestivem Rat sowie wechselnder, jedoch mehr roborierender denn antipsychotischer Medikation, gelang es dann sehr leicht, den Patienten zu beruhigen. Die Patient-Arzt-Beziehung erwies sich über den ganzen Zeitraum der Therapie als eigentümlich starr und gleichbleibend. Nie konnte der Patient sein verleugnendes Lächeln aufgeben, nie wurde er ernsthaft böse oder ungeduldig. Die verbale Kommunikation konnte den eigentlichen Konfliktbereich des Patienten nicht erfassen; die Therapie wurde dann, auf medikamentöser Ebene, vom Hausarzt fortgesetzt.

Die Ergebnisse des Rosenzweig-Tests ergänzen die gegebene Beschreibung: Patient richtet aufkommende Aggressionen in ausgeprägtem Maße nicht gegen andere, sondern gegen sich selbst. Er versucht, dem Hindernis aus dem Weg zu gehen und strebt eine Lösung weniger durch sich selbst an, sondern überläßt sie dem Zeitablauf oder zu erwartenden äußeren Umständen. Obwohl der Patient die Schuld oft bei sich sucht, führt er sie jedoch mehr als andere auf unvermeidliche Umstände zurück (Einzelauswertung s. Anhang Tab. 6 b).

Im Satzergänzungstest ergänzt der Patient: "Eine schöne Krawatte" mit "hast Du Dir gekauft" (4); "Auf meine Schuhe" mit "bin ich besonders stolz" (22). Beides verrät die oral-passive Haltung mit stark symbiotischen Wünschen bei einer schweren prägenitalen Störung.

Nach der korrelationsstatistischen Verrechnung läßt der beschriebene Patient mit 0.87 neben einem Patienten mit 0.94, dessen Interview jedoch wegen Debität nicht repräsentativ interpretierbar ist, und einem mit 0.90 am dritthöchsten für seine Gruppe (vgl. Q-Faktorenanalyse Tab. 1 im Anhang für Variable 7).

V. Interpretation der Testergebnisse

Die Fragestellungen lauteten:

- a) Zeigen Patienten, deren Gemeinsamkeit sich
a l l e i n aus der Diagnose chronische abak-
terielle Prostatitis und Kongestionsprostatitis
ergab, im urogenitalen und dorso-analen Bereich
einen h o m o g e n e n S y m p t o m e n -
k o m p l e x ?
- b) Sind die überwiesenen Patienten nach ihren Per-
sönlichkeitsmerkmalen generell als Neurotiker
zu bezeichnen?
- c) Findet man aa) eine e i n h e i t l i c h e
Persönlichkeitsstruktur, sodaß man nosologisch
von einer Prostata- bzw. Urogenitalneurose
sprechen könnte, insbesondere, kann man die
Patienten als bb) Sexualneurastheniker bezeich-
nen?
- d) Lassen spezifische E i n z e l beschwerden
dieser Patientengruppe eine Interpretation
nach psychoanalytischen Gesichtspunkten zu?

ad a)

Die Auswertung des Beschwerdefragebogens insgesamt
ergab, daß in 95% der Fälle in zwei oder drei der
funktionell bzw. anatomisch abgrenzbaren Bereiche
(Miktion, Sexual- und dorso-analer Bereich) Be-
schwerden auftraten; in 65% waren alle 3 Bereiche
betroffen.

Die differenzierte Betrachtung nach Symptomgruppen,
innerhalb dieser nach Häufigkeit und Stärke, zeigte

zwar numerisch eine auffallende Häufigkeit und Stärke der Beschwerden, ohne daß sich jedoch durch eine symptomstatistische Auswertung eine klassifizierbare Unterscheidung nach pathologisch-anatomischen oder funktionellen Kriterien sowie nach psychischen Einstellungen zum Symptomenkomplex ermitteln ließen. Dies galt nicht für Störungen in der Befindlichkeit.

Selbst bei der Aufschlüsselung der Patienten nach korrelationsstatistisch unterscheidbaren Persönlichkeitsmerkmalen (Typ A, B und C) finden sich hinsichtlich des somatisch-orientierten ¹⁾ Symptomenkomplexes keine sicheren Unterscheidungen. Damit wird die von urologischer Seite aufgestellte These bestätigt, daß Patienten mit chronischer abakterieller Prostatitis und Kongestionsprostatitis einen ausgedehnten Symptomenkomplex im urogenitalen und dorso-analen Bereich zeigen, der sie in erheblichem Maße beeinträchtigt, ohne daß sich jedoch aus der Gesamtsymptomatik oder von Einzelsymptomen her pathoätiologische Vorstellungen ergeben, die eine "kausale" Therapie ermöglichen könnten.

ad b)

Untersuchungen über die Persönlichkeitsstruktur der überwiesenen Patienten ergaben, daß sie sich insgesamt als eine Gruppe darstellen, die sehr stark in ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt ist.

1) Ich gliedere den Bereich "Schmerzen", der im höchsten Grade psychisch ist, also zur Befindlichkeit gehört, hier dennoch dem somatisch-orientierten zu, da der Bereich Schmerz traditionell vom somatisch orientierten Arzt, nicht etwa vom psychiatrisch orientierten behandelt wird.

Im Vergleich mit einer Gruppe von unausgelesenen Neurotikern zeigten sich in der weitaus überwiegenden Zahl der Beschwerden keine signifikanten Unterschiede; Überwiesene Patienten stellten sich im Selbstbild wie Neurotiker dar. Dieses Ergebnis wurde durch die Auswertung des GPI-Tests bestätigt und weiter gesichert: Die Überwiesenen Patienten unterscheiden sich in 28 Items signifikant von der Eichpopulation; sie unterscheiden sich jedoch in denselben Items nicht signifikant von einer unausgelesenen Neurotikergruppe; sie stellen sich also auch hier wie Neurotiker dar. Auch der Rosenzweig P-F Test brachte, was den Umgang mit Aggressionen angeht, signifikante Abweichungen von der Normpopulation. Vergleiche mit definierten Neurotikergruppen ließen in einigen Dimensionen Übereinstimmungen sichtbar werden. Aus dem MMPI, einem objektiven, multidimensionalen Persönlichkeitstest ergab sich, daß 79% der Patienten psychopathologisch interpretierbare Profile zeigten, die sie - insgesamt betrachtet - als Neurotiker ausweisen.

Etwa 80% der Überwiesenen Patienten zeigten demnach Persönlichkeitsmerkmale, durch die sie als Neurotiker zu bezeichnen sind. Nach der objektiven Interpretation der Skalen des MMPI zusammen mit den psychoanalytischen Interviews handelt es sich in der Mehrzahl um mittelstarke bis stark ausgeprägte neurotische Erkrankungen.

ad c:

aa) Zur Einheitlichkeit der Persönlichkeitsstruktur

Nach der korrelationsstatistischen Auswertung des MMPI-Tests ließen sich 4 pathologisch interpretierbare Profilgruppen differenzieren, von denen 3 eingehend dargestellt wurden. Ihre Be-

schreibung umfaßt einen sehr weit zu fassenden Bereich der neurotischen Erkrankungstypen überhaupt. Da man tendenziell - nicht als nosologisch überprüften und daher berechtigten Überbegriff - den Profiltyp A gehäuft bei Neurotikern mit psychosomatischen Erscheinungen findet, den Typ B bei "allgemeinen Neurotikern" mit verschiedener psychischer Symptomatik, jedoch insbesondere bei Depressionen, den Typ C bei einer Übergangsform von neurotischen zu psychotischen Verhaltensbildern, sowie einen besonderen Abwehrtyp, dessen MMPI-Profil eine ebenfalls pathologisch auszuwertende Super-Normalität zeigt, kann man mit Sicherheit n i c h t von einem einheitlichen Neurosetyp sprechen.

In der Darstellung von 4 typischen Patienteninterviews habe ich deutlich zu machen versucht, welche verschiedenartigen Persönlichkeitsbilder sich parallel zur korrelationsstatistischen Übereinstimmung bei der psychoanalytisch orientierten Beschreibung ergeben.

Diese Arbeit konnte daher zeigen, daß zwischen bestimmter Persönlichkeitsstruktur und der Überweisungsdiagnose kein psychologisch verstehbarer Zusammenhang besteht. Daher ergibt sich auch k e i n e Berechtigung, von einer einheitlichen Prostata- oder Urogenitalneurose zu sprechen.

bb) Zum Begriff des Sexualneurasthenikers

Betrachtet man noch einmal die im urologischen Schrifttum vorgebrachten ätiologischen Überlegungen, so sind, abgesehen von der Unhaltbarkeit der Theorie der mechanischen Dauertraumen sowie lokaler Erkältungen, die Behauptungen weitgehend unwidersprochen geblieben, daß

sexueller Abuse

Coitus interruptus

frustrane Erregungen

sexuelles Fehlverhalten (Perversionen)

gehäufte Masturbation

Alkoholabusus

ursächlich zu der vorliegenden Erkrankung beitrügen.

Soweit ich es aus den psychoanalytischen Interviews, die auf eine eingehende Exploration des jeweiligen Sexualverhaltens verzichteten und damit dem Patienten prinzipiell die Möglichkeit des Verschweigens erleichterten, richtig beurteilen kann, bestand bei keinem der 44 Patienten eine manifeste Perversion oder ein chronischer Alkoholabusus. Die Patienten waren sogar häufiger als bevölkerungsstatistisch zu erwarten, verheiratet (vgl. KNITTEL 44,10), hatten, trotz der oft jahrzehntelang bestehenden Potenzschwäche bzw. Problematik nicht weniger Kindern als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die ausgeübten Berufe, der Umgang mit Berufskollegen sowie Ehepartnern und Kindern, zeigten gegenüber dem klinischen Alltag mit neurotisch Kranken keinerlei auffälligen Unterschiede. Insbesondere wurde die Arbeitshypothese, es handelte sich gehäuft um latent oder offen homosexuelle Patienten, völlig widerlegt: Bis auf einen - und nicht einmal sicher abgeklärten Fall - fand sich kein manifest homosexueller Patient. Eine von den Patienten häufig angegebene geschlechtliche Übererregbarkeit bezog sich in aller Regel nicht auf eine verstärkte Potenz (weder in der Gegenwart noch in der Vergangenheit), sodaß man auf zu häufigen Sexualverkehr im Sinne der Behauptung "sexueller Abusus" hätte schließen können. Es handelt sich in der Regel um eine nervöse Sexualstörung, die mit verringerter Libido und oft vorzeitiger Ejakulation einhergeht, sodaß die Patienten zwar einerseits von unvorhersehbar aufkommenden sexuellen Impulsen bedrängt werden, jedoch andererseits nicht zu einem partnerschaft-

lich zufriedenstellenden Sexualverkehr kommen. Beide Ausprägungen haben nichts mit einer echten oder auch nur behaupteten Hypersexualität zu tun. Nach Einführung der oralen Antikonzeption, die in den Fällen, in denen nicht schon überhaupt durch die beträchtliche Libidoschwäche die Kohabitation selten geworden ist und daher eine Antikonzeption kaum erforderlich macht, auch in der Regel praktiziert wurde, wurde der Coitus interruptus bei den untersuchten Patienten praktisch nicht mehr ausgeübt.¹⁾ Unverheiratete Patienten unterscheiden sich in diesem Merkmal nicht von Verheirateten.

Zur Frage der Masturbation wurde, insbesondere von verheirateten älteren Männern, in der Regel nicht mehr Stellung genommen; jedoch erinnerten sich einige an Masturbationsängste und Masturbationskämpfe aus ihrer Jugend. Da die Patienten wegen ihrer Beschwerden im Sexualbereich häufig sehr offene und detaillierte Aussagen gaben - zumal sie wußten, daß ihnen bis zu 90 Minuten Untersuchungszeit zur Verfügung stand, und sie sich bereits im Fragebogen über verschiedene Formen der Erektionschwäche, über Mißempfindungen und Beunruhigungen mitteilen konnten, entnehme ich, daß sie auch über Masturbationsprobleme gesprochen hätten, wenn sie sie als sexuelle Variation bevorzugten oder sie von Masturbationswünschen gequält würden.

Auch aus den vergleichbaren Testergebnissen ergibt sich kein Anhalt für Abweichungen vom sexuellen Normverhalten:

Wie aus den Mittelwertsprofilen der 3 psychopathologisch interpretierten MMPI Verläufe hervorgeht (vgl. Abb. 3), zeigt die Skala Mf trotz sehr verschiedenartiger psychischer Strukturen in allen

1) Eine Ausnahme wurde im Fallbeispiel "Pat.K." beschrieben (s.u. IV 3).

3 Profilen keine Normabweichungen. Hohe Mf-Werte, die im Profilformular nach Geschlechtszugehörigkeit getrennt ausgewertet werden, würden nach SPREEN "eine Abweichung der grundlegenden Interessenverteilungen in Richtung auf die Interessen des anderen Geschlechts anzeigen". (64,31). Dabei würden gleichzeitig offene oder verdrängte sexuelle Invertierungen abgebildet werden. Eine zwanghafte Männlichkeit - etwa zur Abwehr von Versagensängsten im sexuellen Bereich - würde sich im Profil in ausgesprochen niederen Mf-Werten abbilden, die jedoch ebenfalls nicht vorliegen.

Die gesamten MMPI-Profile einschließlich der 8 Patienten, die sich insgesamt als psychisch unauffällig erwiesen, ergeben bezüglich der Frage der Sexualneurasthenie geradezu das paradoxe Bild, daß sie sich in dieser einen der 10 klinischen Skalen den Normalwerten am meisten nähern.

Bestätigt wird dieses Ergebnis durch den Vergleich des Symptoms "geschlechtliche Untererregbarkeit" mit einer Gruppe unausgelesener Neurosen. Hier wäre für die überwiesenen Patienten ein signifikanter Unterschied derart zu erwarten, daß sie häufiger über dieses Symptom klagten. Der Vergleich ergab jedoch keinen signifikanten Unterschied - im Gegenteil mit $\chi^2 = 0,74$ bei $df = 4$ sogar den höchsten Übereinstimmungsgrad mit der Gruppe unausgelesener Neurotiker bezüglich dieses Symptoms.

Auch die 4 Items, die sich im GPI-Test auf Einstellungen zum Sexualbereich beziehen, zeigen keine Tendenz, die auf ein spezifisches, sexualneurasthenisches Bild schließen lassen könnte:

In den Items 11, 30 und 34 (vgl. Text S. 43) ergaben sich keine signifikanten Abweichungen gegenüber unausgelesenen Neurotikern. Tendenziell liegen

die Überwiesenen Patienten bei allen 3 Items näher am Standardwert als die Neurotiker, erweisen sich darin also als "gesünder". In Item 40 ergab sich sogar ein spezifischer Unterschied gegenüber allgemeinen Neurotikern: In der Frage nach der Befangenheit oder Unbefangenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht verhalten sich die Überwiesenen Patienten wie die Population, während sich die allgemeinen Neurotiker signifikant in Richtung auf "Befangenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht" unterscheiden.

Daraus ergibt sich, daß die angeschuldigten ätiologischen Momente, wie sexueller Abusus, Coitus interruptus, frustrane Erregungen, sexuelles Fehlverhalten (Perversionen), gehäufte Masturbation sowie Alkoholabusus sicherlich keine ursächliche Faktoren für das Erscheinungsbild der chronischen abakteriellen Prostatitis und Kongestionsprostatitis darstellen; in Ermangelung solcher Faktoren ist es sicherlich unberechtigt, die Überwiesenen Patienten als Sexualneurastheniker zu bezeichnen.¹⁾

1) Da die grundlegenden Behauptungen zur Sexualneurasthenie (vgl.v.NOTTHAFT u. BIECK) gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts gemacht wurden und seither im urologischen Schrifttum keine eigen ständigen und neueren Untersuchungen durchgeführt wurden, was sich auch in der identischen Übernahme der Formulierungen in den verschiedenen Auflagen der Handbücher zeigt (vgl.v.FRISCH (28), POSNER (54), SUTER (69), DETTMAR (19) jedoch anders im amerikanischen Schrifttum vgl. SMITH (63) ist zu schließen, daß mit dem Begriff Sexualneurasthenie Vorstellungen unkritisch übernommen wurden, die heute auf eine völlig veränderte soziale und medizinische Situation treffen: Differenzierung der bakteriellen Diagnostik, Abtrennung der Gonorrhoe, Einführung der Chemotherapie und damit Verhinderung des Auftretens gonorrhoeischer Defektzustände, orale Antikonzeption, sowie eine veränderte Einstellung zur Sexualität überhaupt.

ad d:

Aus der absoluten Häufigkeit und Schwere der geklagten Beschwerden im Bereich der Miktion und der Sexualfunktion sowie aus dem statistischen Vergleich gegenüber einer Gruppe von unausgelesenen Neurotikern (vgl. unter III 2 h) ergab sich, daß die Beschwerden

"wiederholter Drang, Wasser zu lassen" und "geschlechtliche Übererregbarkeit" (in Verbindung mit "vorzeitigem Samenerguß")

an erster Stelle des jeweiligen Symptomenkomplexes stehen und sich hochsignifikant von unausgelesenen Neurotikern unterscheiden.

Über den Zusammenhang dieser Symptome mit Charaktermerkmalen liegen aus psychoanalytischer Sicht umfangreiche Untersuchungen vor. Von der Theorie der Libido-Entwicklung FREUD's (32) und Untersuchungen SADGER's über Urethralerotik (57,409) ausgehend, hat JONES in seiner Arbeit "Urethralerotik und Ehrgeiz" (41,156) 1915 erstmals eingehend charakterologische Zusammenhänge beschrieben. Diese Vorstellungen wurden von ABRAHAM 1917, TAUSK 1917, HITSCHMANN 1920 und CORIAT 1924 grundlegend weitergeführt (1,70,39 und 16).

Nach diesen Autoren findet sich zu häufiger Harn-drang und Ejaculatio praecox gehäuft bei neurotischen Patienten, deren eigentümlicher Charakterzug - wie näher zu erläutern sein wird - sich in Ehrgeizhaltungen ausdrücke und den man als "urethralen Charakter" (FREUD, 34,108), FERENCZI (25,251), FENICHEL (23,24) u.a.) oder "urethrales Erlebnisgebiet" (SCHULTZ-HENCKE 60,36) zu bezeichnen habe. Nach der psychoanalytischen Theorie ist bei diesen Patienten eine Hemmung in der Libido-Entwicklung

des Kleinkindes von pathoätiologischer Bedeutung: In der Entwicklungsphase, in der die ursprünglich autoerotische Einstellung des Säuglings zur Miktion durch die Beherrschung des Funktionsablaufs allmählich zugunsten einer höheren Stufe der Libido-Organisation aufgegeben wird, tritt eine Störung auf, sodaß - wenn auch häufig verspätet - zwar die Sphinkterkontrolle ermöglicht wird, jedoch die psychischen Korrelate dieser Entwicklungsstufe weitgehend beibehalten werden. Wie aus der Funktionsstörung ersichtlich sei, zeige bei diesen Patienten die vorzeitige Ejaculation, die sich oft als Spermatorrhoe darstelle, deutlich den Zusammenhang mit der Miktion (ABRAHAM 1,44). Dies werde durch das Symptom des gehäuften Harndrangs noch bestätigt. Dieser Zusammenhang von Miktion und Ejaculation, der beim Gesunden getrennt sei, weise auf die gestörte Entwicklung dieser Bereiche - und damit auch der Persönlichkeitsentwicklung - hin, so ALEXANDER (2,242), BENEDEK (5,243), BERGLER (6,115), REICH (55,142) u.a.

Entsprechend der Fixierung der Libido auf die Stufe der Urethralerotik, die ihrerseits Komponenten oraler und analer Stufen enthält, finde sich im Charakter ein besonders deutlich ausgeprägter Narzißmus und eine, vorwiegend aus dem analen stammende, Ambivalenz (eingehend dazu ABRAHAM 1,52ff.).

In der psychoanalytischen Behandlung zeigten neurotische Patienten, die an gesteigertem Harndrang und Ejakulatio praecox litten, häufig einen als übertrieben anzusehenden Ehrgeiz. Sie würden ruhelos von einer Sache zur anderen getrieben, seien dabei herausfordernd eitel und verlangten ständig, von der Umwelt bewundert zu werden.

Gleichzeitig würden sie auf einen Mißerfolg mit einer allzutiefen Resignation antworten. Ebenso versetzte geringste äußere Kritik sie in maßlose Heftigkeit. So neigten sie zu einem abrupten Wechsel von gewaltsamen Handlungen und hilfloser Resignation (JONES 41,156ff.; ABRAHAM 1,53ff.). Die Ambivalenz zeigte sich einerseits im "urethralen Wettbewerb" (FENICHEL 24,162), im "unhemmbaren Rededrang", andererseits in der Unfähigkeit, Spannung zu ertragen, sodaß jeder Reiz sofort motorisch abgeführt werden müsse (25,231;26,254). Während aus diesen Überlegungen CORIAT (16) zu einer Aufzählung der Charakterzüge des "Urethralerotikers" zu kommen suchte, zeigten die Arbeiten von HITSCHMANN und BERGLER (39;7), daß sich mit dem Urethralcharakter je nach Beimengung oraler oder analer Fixierungen auch sadistische, zwanghafte, und bei der Dekompensation des Narzißmus auch depressive Charakterzüge ausbilden könnten. (DEUTSCH 20,52f.). Dadurch erwies sich der Begriff "Urethralcharakter" eher als Bezeichnung einer speziellen Fixierungsstufe innerhalb der Libidoentwicklung, denn als einheitliches Charaktermerkmal; lediglich bei SCHULTZ-HENCKE kommt ihm als "urethrales Erlebnisgebiet" (mit Bezug auf Ehrgeiz, Sexualität und Zärtlichkeit (vgl. 60;36,67) ein eigener charakterologischer Stellenwert zu.

Die Anwendung dieser psychoanalytischen Begriffsbildungen auf die Gesamtheit der überwiesenen Patienten ist hier aus mehreren Gründen problematisch:

- aa) Die psychoanalytischen Begriffsbildungen sind aus Beobachtungen des Verlaufs mehrjähriger psychoanalytischer Behandlungen ermittelt und abstrahiert worden (z.B. FREUD 33,241). Die überwiesenen Patienten wurden hier

lediglich zu einer psychodiagnostischen Untersuchung und kurzdauernden Weiterbehandlung bzw. Überweisung gesehen. Die diagnostischen Ansatzpunkte sind daher - insbesondere für das Gesamtkollektiv - kaum vergleichbar. Das schließt nicht aus, daß bei einer psychoanalytischen Behandlung einiger der überwiesenen Patienten sich die hier dargestellten Zusammenhänge als zutreffend erweisen würden.

- bb) Die psychoanalytische Begriffsbildung wurde aus der Behandlung von Patienten evident, die an einem isolierten Symptom, wie z.B. vorzeitigem Samenerguß, litten. Die überwiesenen Patienten klagten jedoch über einen ausgeprägten Symptomenkomplex, sodaß die Folgerung aus der Behandlung einer isolierten Symptomatik nicht ohne weiteres übernommen werden kann.
- cc) Im Gegensatz zu den erwähnten psychoanalytischen Behandlungen leiden die überwiesenen Patienten jedoch nicht an rein funktionellen Störungen, da durch die morphologisch faßbaren Veränderungen der Prostata sich Störungen einwandfrei auch im somatischen Bereich finden. Für die hier vorliegende psychosomatische Erkrankung (zur Abgrenzung vgl. CREMERIUS (17,90ff.), ALEXANDER (2,51f.) u.a.) gelten nach der psychoanalytischen Theorie jedoch - um es allgemein zu umschreiben - andere Gesetzmäßigkeiten als für rein funktionelle Störungen (vgl. SCHUR 61, 199; WESIAK 72,230; LOCH 48,9ff.), ohne daß ich hier zu der grundsätzlichen Problematik Stellung nehmen kann.

Spezifische psychoanalytische Arbeiten über Behandlungen von Patienten mit chronischer abakterieller Prostatitis und Kongestionsprostatitis liegen nicht vor.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die Patienten, die sich allgemein und überwiegend als Neurotiker auswiesen, jedoch keiner einheitlichen Charakterstruktur zugehören, zwar aus psychoanalytischer Sicht im Einzelfall "urethrale Charakterzüge" haben können, jedoch keine Berechtigung vorliegt, sie unter diesen Begriff zu subsumieren. Es gilt hier das gleiche wie für den Versuch, eine einheitliche Prostata- oder Urogenitalneurose aufzustellen, weil es sowohl an einheitlichen Charaktermerkmalen wie auch einem einheitlichen pathoätiologischen Vorgang fehlt.

VI. Behandlungsüberblick

Die Untersuchung ergab, daß die überwiesenen Patienten psychisch weitgehend (79%) als Neurotiker anzusprechen sind. Aufgrund der morphologisch faßbaren Veränderung an der Prostata handelt es sich jedoch nicht um Psychoneurosen, sondern um ein psychosomatisches Krankheitsbild, dessen Ätiologie daher von mehreren Faktoren bestimmt ist (vgl. ALEXANDER 2,51; WESIAK 72,230). Aus diesen Gründen ist eine kausale und einheitliche Therapie unmöglich; sie muß sowohl im somatischen wie im psychischen Bereich ansetzen, worüber auch in urologischer Sicht weitgehend Übereinstimmung herrscht (STAEHLER, BLUMENSAAT, PAETZEL, DETTMAR, ALKEN, BOEMINGHAUS, BOSHAETER).

Nachfolgende Angaben beziehen sich auf bereits durchgeführte Behandlungen, die die Patienten im Fragebogen angekreuzt haben; (diese Angaben blieben unüberprüft und bieten daher nur Anhaltspunkte).

in % der Fälle

antibiotische Behandlung	62
Behandlung der "Nervosität"	40
Kurzwellenbestrahlungen	27
Prostatamassage	23
Sitzbäder	23
Moorbäder	19
sonstige Hitze- oder Wärmebeh.	19
Hormonbehandlungen	19

in % der Fälle

Harnröhrenspülungen	9
Mineralbäder	7
andere Bäder	7
Harnröhrenerweiterungen	5
Operationen an der Prostata	1
Sandbäder	0

Immerhin werden noch in einem Viertel der Fälle, sofern es sich nicht um Mißdeutungen des diagnostischen rektalen Eingriffs durch die Patienten handelt, Prostatamassagen durchgeführt. Ungeachtet - wenn auch nicht unwahrscheinlich - bleibt aus denselben Gründen der hohe Prozentsatz an angeblich antibiotischer Behandlung. Die bei einem Fünftel der Patienten wegen Potenzschwäche angewandte Hormonbehandlung erwies sich bei den untersuchten Patienten als annähernd unwirksam. Demgegenüber wurden auf Kurzwellenbestrahlungen häufig Besserungen angegeben.- Fast bei jedem zweiten Patienten wurden bereits Psychopharmaka mediziert.

Verbale psychotherapeutische Methoden erscheinen dann angezeigt, wenn sich der Patient als psychisch krank oder "auch als psychisch krank" erleben kann und ein Bedürfnis nach verbaler Kommunikation hat. Dabei ist die "objektiv"

zu wertende Schwere des Krankheitsbildes weit weniger entscheidend als die subjektive Einstellung des Patienten. So zeigten sich die aus der Urologischen Abteilung an die Psychosomatische Klinik für den Zweck der Untersuchung überwiesenen Patienten in der Regel weit weniger an einem verbalen psychotherapeutischen Verfahren bereit als andere Neurotiker oder Patienten mit psychosomatischen Krankheiten, die spontan kamen oder sich aus eigener Motivation bei ihrem Arzt für die Überweisung eingesetzt hatten. ¹⁾

1) Ein Patient wurde in der Psychosomatischen Klinik stationär gruppenpsychotherapeutisch behandelt und von mir ambulant weiterbetreut; einige weitere Patienten wurden von mir medikamentös und beratend über einige Monate gesehen. Die Ergebnisse, über die keine vergleichbaren Aussagen vorliegen, erscheinen mir ähnlich wie die bei vegetativen Neurosen; es lassen sich, ohne die Chronizität des Krankheitsbildes immer durchbrechen zu können, erhebliche subjektive Besserungen erzielen.

VII. Zusammenfassung

44 Patienten mit chronischer abakterieller Prostatitis einschließlich Kongestionsprostatitis wurden mittels eines Beschwerdefragebogens, vier verschiedener Testverfahren und eines psychoanalytischen Interviews untersucht.

Die Tests wurden nach verschiedenen statistischen Verfahren ausgewertet sowie mit Ergebnissen über Patientengruppen aus der Psychosomatischen Klinik verglichen.

Das psychoanalytische Interview diente zur Interpretation der mathematisch-statistisch gewonnenen Daten, zur Umsetzung in die Sprache der psychologischen Medizin und damit diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Als Ergebnisse wurden festgestellt:

1. Die überwiesenen Patienten zeigten im somatisch orientierten Symptomenkomplex ein h o m o g e n e s Bild. Die Beschwerden sind nicht auf das Organ Prostata beschränkt, sondern greifen auf den gesamten Unterbauch über, insbesondere auf den urogenitalen und dorso-analen Bereich. Dies stimmt mit der Ansicht des urologischen Schrifttums überein.
2. Die Untersuchungen über die Persönlichkeitsstruktur ergaben, daß etwa 80 % der Patienten psychopathologisch interpretierbare Testbefunde zeigen, nach denen man sie g e n e r e l l als N e u - r o t i k e r bezeichnen kann.
3. Die korrelationsstatistische Auswertung des MMPI ergab, daß es sich n i c h t um eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur handelt, sondern mindestens drei signifikant abgrenzbare Persönlichkeitsprofile bestehen. Diese drei Profile

wurden durch entsprechende Fallbeispiele der Interviews belegt und eingehend beschrieben. Nach einer vorsichtigen, nosologisch nicht eindeutig definierbaren Begriffsbildung zeigen sich die Patienten in Kategorien, die sie mit Patienten mit psychosomatischen Erscheinungen, Depressionen und Borderline-Zuständen gemeinsam haben.

Daraus wird jedenfalls deutlich, daß es **keinen einheitlichen patho-ätiologischen Zusammenhang** zwischen Persönlichkeitsstruktur und somatisch definierter Diagnose gibt. Man kann daher **nicht** von einer Prostataneurose oder Urogenitalneurose sprechen. Gleichzeitig wird durch die Vielfalt der psychopathologisch erfaßbaren Persönlichkeitsbilder die noch überwiegend im urologischen Schrifttum angeführte These widerlegt, es handele sich bei den überwiesenen Patienten um Sexualneurastheniker.

4. Signifikant unterschiedliche **E i n z e l -**symptome lassen sich nach psychoanalytischen Gesichtspunkten beurteilen und verstehen. Da es sich hier jedoch nicht um funktionelle Einzelsymptome, sondern um einen - außerdem durch die morphologische Veränderung an der Prostata psychosomatisch zu bezeichnen - Symptomenkomplex handelt, ist die Anwendung psychoanalytischer Begriffe nicht unmittelbar möglich. Die Arbeit kann zu diesem Punkt lediglich die Problematik aufzeigen und einen Literaturüberblick geben.
5. Therapeutische Folgerungen sowie Hinweise über die medikamentöse und psychotherapeutische Betreuung einzelner Patienten konnten kurz aufgezeigt werden.

VIII. Anhang

Tabelle 1

Q-Faktorenanalyse von 43 Patienten über 13

MMPI-Skalen, Varimax-rotierte Hauptachsenlösung

Variable	Faktor I	Faktor II	Faktor III	Faktor IV	Faktor V	h^2
1	0.03	0.82	0.07	0.33	-0.32	0.91
2	0.67	0.65	0.10	0.23	0.06	0.95
3	0.49	0.82	-0.08	-0.06	-0.13	0.96
4	-0.20	-0.29	-0.35	0.44	-0.45	0.71
5	0.14	-0.04	0.60	0.23	0.31	0.85
6	0.03	-0.05	0.33	0.79	0.45	0.94
7	0.14	0.87	-0.02	-0.28	-0.01	0.86
8	0.68	0.07	-0.06	0.59	-0.12	0.88
9	0.41	-0.10	0.52	0.69	0.03	0.93
10	0.72	0.32	0.05	0.56	0.17	0.97
11	0.52	-0.29	-0.04	0.74	0.03	0.92
12	0.96	0.08	-0.04	0.00	0.07	0.95
13	0.20	0.59	-0.06	0.58	-0.35	0.89
14	-0.16	-0.12	0.24	0.19	0.83	0.85
15	0.20	0.27	0.44	0.77	0.03	0.90
16	0.26	0.22	0.15	0.38	0.78	0.90
17	0.05	0.94	-0.07	0.13	0.09	0.93
18	0.54	0.14	0.34	0.31	0.40	0.70
19	0.21	0.90	0.02	0.03	0.17	0.88
20	0.40	0.82	-0.07	-0.06	-0.15	0.87
21	-0.44	-0.17	0.18	0.03	0.27	0.87
22	0.11	0.70	-0.45	0.09	-0.38	0.90
23	-0.05	0.09	0.19	0.82	0.49	0.96
24	-0.44	-0.29	0.24	0.58	-0.29	0.78
25	0.42	-0.70	-0.18	0.31	0.20	0.92
26	0.27	0.30	0.44	0.17	-0.68	0.94
27	0.00	-0.02	0.65	0.43	0.54	0.90
28	0.46	0.32	-0.02	0.62	-0.06	0.79
29	0.63	0.47	0.04	0.52	-0.02	0.90
30	0.47	0.30	0.06	-0.04	-0.01	0.93
31	0.90	0.26	-0.02	-0.09	-0.14	0.90
32	-0.01	0.45	-0.06	0.56	0.15	0.58
33	0.40	0.68	0.24	0.35	-0.11	0.82
34	0.81	0.28	0.13	0.36	0.24	0.94
35	-0.06	0.54	0.21	-0.52	-0.49	0.84
36	0.09	0.15	0.24	0.89	-0.06	0.91
37	0.29	0.73	0.52	0.13	0.02	0.91
38	0.00	-0.01	0.87	0.14	0.20	0.84
39	0.85	0.14	0.23	0.34	-0.19	0.94
40	0.36	0.09	-0.42	0.74	0.21	0.91
41	0.17	-0.42	-0.19	0.70	0.40	0.89
42	-0.05	0.32	-0.20	-0.06	-0.76	0.75
43	0.30	0.00	0.20	0.88	0.20	0.95

Tabelle 2

Gießener-Persönlichkeits-Inventar Test
(G P I)
von Richter und Beckmann

Itemkatalog

- | | |
|---|---|
| 1) Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig | - eher geduldig. |
| 2) Ich glaube, ich suche eher | - ich meide eher Gesellschaft. |
| 3) Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken | - von anderen gelenkt zu werden. |
| 4) Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark | - sehr wenig beeinflussen. |
| 5) Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten | - eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache. |
| 6) Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen | - meinen Ärger irgendwie abzureagieren. |
| 7) Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark | - kaum daran interessiert andere zu übertreffen. |
| 8) Ich halte mich für sehr wenig | - besonders ängstlich. |
| 9) Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden | - eher unzufrieden sind. |
| 10) Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel | - besonders wenig Vertrauen. |

- 11) Ich habe den Eindruck - sehr wenig von mei-
ich zeige sehr viel nen Bedürfnissen
nach Liebe.
- 12) Ich glaube, ich meide - suche eher sehr engen
eher Anschluß an einen
anderen Menschen.
- 13) Ich glaube, ich kann im - eher schlecht mit Geld
Vergleich zu anderen umgehen.
eher gut
- 14) Ich halte mich selten - oft für sehr bedrückt.
- 15) Ich habe den Eindruck, - sehr wenig von mir
ich gebe im allgemei- preis.
nen viel
- 16) Ich schätze, es gelingt - eher leicht, mich be-
mir eher schwer liebt zu machen.
- 17) Ich glaube, ich habe es - eher schwer, mich für
eher leicht lange Zeit an einen
anderen Menschen zu
binden.
- 18) Ich glaube, ich bin mit - eher übergenu.
der Wahrheit eher groß-
zügig
- 19) Ich habe den Eindruck, - eher schwer aus mir
ich gehe eher leicht heraus.
- 20) Ich glaube, im Vergleich
zu meinen Altersge- - eher älter.
nossen wirke ich in mei-
nem Benehmen eher jünger
- 21) Ich habe den Eindruck, - eher überordentlich.
ich bin eher sehr wenig
ordentlich
- 22) Ich schätze, ich ge- - besonders selten in
rate besonders häufig Auseinandersetzungen
mit anderen Menschen.
- 23) Ich glaube, ich bin - für wertvoll hält.
eher darauf eingestellt,
daß man mich für minder-
wertig

- 24) Ich habe den Eindruck, - eher Bequemlichkeit.
ich schaffe mir im Leben
eher besonders viel Mühe
- 25) Ich denke, ich fühle - eher sehr nahe.
mich den anderen Menschen
eher sehr fern
- 26) Ich glaube, ich habe im - eher wenig
Vergleich zu anderen Phantasie.
eher besonders viel
- 27) Ich glaube, ich lege - sehr viel Wert da-
kaum rauf, schön auszu-
sehen.
- 28) Ich habe den Eindruck, - eher leicht, mit
es fällt mir eher schwer anderen eng zusammen-
zuarbeiten.
- 29) Ich denke, ich mache - immer Selbstvor-
mir selten würfe.
- 30) Ich glaube, ich kann - wenig Liebe schenken.
einem Partner außer-
ordentlich viel
- 31) Ich glaube, ich benehme - besonders eigensinnig.
mich im Vergleich zu an-
deren besonders fügsam
- 32) Ich glaube, ich mache - verhältnismäßig oft
mir verhältnismäßig große Sorgen um
selten andere Menschen.
- 33) Ich habe den Eindruck, - eher gut, meine
es gelingt mir eher Interessen im Lebens-
schlecht kampf durchzusetzen.
- 34) Ich glaube, ich bin im - wenig erlebnisfähig.
Vergleich zu anderen in
der Liebe intensiv
- 35) Ich denke, ich habe - sehr schlechte
sehr gute schauspielerische
Fähigkeiten.

- 36) Ich glaube, daß man mich - eher als schwach
im allgemeinen eher als einschätzt.
stark
- 37) Ich habe den Eindruck - sehr leicht, auf
ich habe es sehr andere anziehend
schwer zu wirken.
- 38) Ich glaube, ich habe es - eher schwer, bei
im Vergleich zu anderen einer Sache zu bleiben.
eher leicht
- 39) Ich glaube, ich kann - sehr leicht ausge-
sehr schwer lassen sein.
- 40) Ich fühle mich im Um- - sehr befangen.
gang mit dem anderen
Geschlecht unbefangen

Tabelle 3

Satzergänzungstest

1. Morgens im Badezimmer
2. Übriggebliebenes Essen
3. Im letzten Moment
4. Eine schöne Krawatte
5. Wenn ich plötzlich gerufen werde
6. Eine harte Ausbildung
7. Nackte Kinder
8. Männerfreundschaften können
9. Ein rotes Auto
10. Bescheidenheit ist manchmal
11. Sex im Kino
12. Lebensversicherungen
13. Als ich 15 Jahre alt war
14. Einr Frau als Flugzeugführer
15. Wenn die Kräfte nachlassen, sollte man
16. Unter Freunden
17. Was die Natur hervorbringt
18. Wenn man im Recht ist
19. Manchmal fühle ich, daß ich
20. Vorwärtskommen
21. Wo nachts noch was los ist
22. Auf meine Schuhe
23. Im entscheidenden Augenblick
24. Besonders ärgert mich, wenn eine Frau
25. Am liebsten
26. Wenn ich ein Flugzeug aufsteigen sehe
27. Meine Wohnung

Tabelle 4

Verrechnung der Abweichung der überwiesenen Patienten von den Standardwerten (SW) und denen allgemeiner Neurotiker

Item	Rohwerte		SW-Werte		t *)	
	Pop.männl. $\bar{x}$	Prost. $\bar{x}$ s	Prost.	Neur.		
1	4,49	5,09	1,55	2,85	3,06	11,91 ***
2	3,45	3,90	1,72	4,42	4,45	3,14 **
3	3,02	3,39	1,77	4,09	4,45	2,40 *
4	4,08	2,93	1,61	3,19	3,40	8,20 ***
5	4,69	5,48	1,30	4,59	4,89	6,97 ***
6	4,09	3,78	1,86	3,80	2,52	1,91
7	4,07	3,96	1,36	3,65	3,79	0,92
8	2,57	3,81	1,60	4,59	5,29	8,90 ***
9	2,28	2,81	1,56	4,46	4,88	3,89 ***
10	3,64	4,21	1,55	4,49	4,31	4,27 ***
11	3,98	4,03	1,62	3,94	4,25	0,34
12	4,50	4,66	1,57	4,22	4,19	1,16
13	2,73	2,75	1,69	4,17	4,78	0,15
14	3,13	4,78	1,53	5,25	5,83	12,38 ***
15	4,42	4,06	1,47	3,58	4,00	2,80 **
16	4,46	4,15	1,58	3,71	3,61	2,25 *
17	3,64	3,63	1,53	4,02	4,40	0,07
18	4,39	4,93	1,63	4,34	3,98	3,80 ***
19	4,22	4,18	1,60	3,96	4,59	0,29
20	3,60	3,69	1,57	4,23	4,39	0,65
21	4,46	5,09	1,44	4,42	3,61	5,02 ***
22	5,09	3,90	1,68	2,75	3,26	8,13 ***
23	4,93	4,33	1,44	3,28	2,59	4,78 ***
24	3,44	2,78	1,05	3,55	3,95	7,21 ***
25	4,57	3,34	1,60	3,26	2,94	5,24 ***
26	3,62	3,42	1,27	3,74	3,70	1,80
27	4,05	4,66	1,13	4,07	3,99	5,93 ***
28	5,40	4,87	1,42	3,66	3,21	4,29 ***
29	3,31	4,57	1,22	5,06	5,28	11,86 ***
30	3,12	3,24	1,73	4,17	4,23	0,79
31	3,71	4,00	1,53	4,43	4,26	2,17 *
32	4,52	5,06	1,31	4,21	4,21	4,73 ***
33	5,09	4,03	1,62	3,02	2,69	7,51 ***
34	3,33	3,63	1,61	4,13	4,34	2,14 *
35	4,59	4,33	1,63	3,63	3,75	1,83
36	3,01	4,00	1,43	4,81	4,66	7,95 ***
37	4,22	4,27	1,28	4,01	3,58	0,45
38	3,28	4,03	1,54	4,71	4,81	5,59 ***
39	4,14	3,78	1,59	3,63	3,64	2,60 *
40	3,28	3,30	1,59	3,50	4,57	0,57

*) Die t-Werte beziehen sich auf den Vergleich der beiden Rohwerte-Profile

Tabelle 5

MMPI-Profil (Pat. 38, Faktor III)

T - Werte:

L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Pf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
55	44	44	40	46	47	45	30	36	50	36	42	42

Tabelle 6

Auswertung des Rosenzweig P-F Test

a) Profiltypen A, B und C

	Profiltyp A		Profiltyp B		Profiltyp C	
	< Mdn	> Mdn	< Mdn	> Mdn	< Mdn	> Mdn
E	8	5	7	0 1%-Niv.	5	3
I	8	5	2	5	5	3
M	3	10 5%-Niv.	3	4	4	4
O-D	11	2 5%-Niv.	5	2	4	4
E-D	6	7	5	2	4	4
N-P	7	6	3	4	5	3
	N = 13		N = 7		N = 8	

b) Einzelpatienten

	E	I	M	O-D	E-D	N-P
Pat. K.	< Q1	> Q3	< Q1	< Q1	Q1-Mdn	> Q3
Pat. H.	nicht auswertbar					
Pat. T.	Q1-Mdn	> Q3	< Q1	Mdn-Q3	Q1-Mdn	Mdn-Q3
Pat. B.	> Q3	Q1-Mdn	< Q1	Mdn-Q1	Mdn-Q1	< Q1

Literaturverzeichnis

1. ABRAHAM, K. Über Ejaculatio praecox,
Psychoanalytische Studien
zur Charakterbildung,
Frankfurt (S.Fischer) 1969, 43
2. ALEXANDER, F. Psychosomatic Medicine
New York (W.W. Norton) 1950
3. ALKEN, C.E. Leitfaden der Urologie
3. Auflage,
Thieme (Stuttgart) 1966
4. ARGELANDER, H. Zur Psychodynamik des Erst-
interviews,
Psyche 20, 40 (1966)
und
Das Erstinterview in der
Psychotherapie,
Psyche 21; 341, 429, 473
(1967)
5. BENEDEK, Th. The Functions of the Sexual
Apparates and Their Distur-
bances
in Alexander, Psychosomatic
Medicine 216
New York (W.W. Norton) 1950
6. BERGLER, E. Die psychische Impotenz des
Mannes
(Bern, Huber) 1937
7. BERGLER, E. Neurotic counterfeit-sex
New York (Grune and Stratton)
1951
8. BIECK, E. Prostata und Psyche
Archiv für Dermatologie und
Syphilis 113, 129 (1913)
9. BLUM, V. und
H. RUBRITTIUS Die Erkrankungen der Prostata
Handbuch der Urologie Bd V
Berlin (Springer) 1928
10. BLUMENSAAT, C. Die entzündlichen Erkrankungen
der Prostata
Stuttgart (Enke) 1961
11. BOCKEL, J. Herzneurotiker und Herzin-
farkt-Patienten in test-
psychologischem Vergleich
Diss. Gießen 1966

12. BOEMINGHAUS, H. Urologie
3. Auflage
München (Werk-Verlag
Banaschewski) 1960
13. BOSHAMER, K. Lehrbuch der Urologie
6. Auflage
Stuttgart (G. Fischer) 1963
14. CLARK, LELAND and Psychic stimulation of
TREICHLER prostatic secretion
Psychosomatic Medicine
1950, 261
15. COLBY, F.H. Essential Urology
Baltimore (Williams and
Wilkins) 1953
16. CORIAT, J. The Character Traits of
Urethral Erotism
Psycho-Analytical Review XI
(1924)
17. CREMERIUS, I. Die Prognose funktioneller
Syndrome
Stuttgart (Enke) 1968
18. DELIUS, L. Psychovegetative Syndrome
Stuttgart (Thieme) 1966
19. DETTMAR, H. Unspezifische Entzündungen
Handbuch der Urologie Bd IX
Berlin-Göttingen-Heidelberg
(Springer) 1964
20. DEUTSCH, H. Psychoanalyse der Neurosen
Wien (Internationaler Psycho-
analytischer Verlag) 1930
21. DRECHSEL, H.U. Krankheiten und funktionelle
Beschwerden
Diss. Gießen 1964
22. DUNBAR, F. Emotions and bodily changes
New York (Columbia University
Press) 1954
23. FENICHEL, O. Hysterien und Zwangsneurosen
Darmstadt (wiss. Buchgesell-
schaft) 1967

24. FENICHEL, O. Perversionen, Psychosen,
Charakterstörungen
Darmstadt (Wiss. Buchgesell-
schaft) 1967
25. FERENCZI, S. Psychoanalytische Be-
trachtungen über den Tic
Bausteine zur Psychoanalyse
1, 193
Bern und Stuttgart (Huber)
1964
26. FERENCZI, S. Zur Psychoanalyse von
Sexualgewohnheiten
Bausteine zur Psychoanalyse
III, 245
Bern und Stuttgart (Huber)
1964
27. FLECK, F. Organische und funktionelle
Sexualerkrankungen
Berlin (VEB Volk und Gesell-
schaft) 1968
28. v. FRISCH, A. Handbuch der Urologie
Wien (Alfred Hölder) 1906
29. FREUD, S. Über die Berechtigung, von
der Neurasthenie einen be-
stimmten Symptomenkomplex
als "Angst-Neurose" abzu-
trennen
Ges. Werke 1, 313
Frankfurt (S.Fischer) 1964
30. FREUD, S. Zur Ätiologie der Hysterie
Ges. Werke 1, 423
Frankfurt (S.Fischer) 1964
31. FREUD, S. Die Sexualität in der Ätio-
logie der Neurosen
Ges. Werke 1, 489
Frankfurt (S.Fischer) 1964
32. FREUD, S. Drei Abhandlungen zur
Sexualtheorie
Ges. Werke 5, 27
Frankfurt (S.Fischer) 1962
33. FREUD, S. Analyse der Phobie eines
fünfjährigen Knaben
Ges. Werke 7, 241
Frankfurt (S.Fischer) 1966

34. FREUD, S. Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse
Ges. Werke Bd. XV
Frankfurt (S.Fischer) 1961
35. GLOVER, E. A psycho-analytical Approach to the Classification of Mental Disorders
Journal of Mental Sciences Bd. 78 (1932)
36. GHORMLEY, K.O. Chronic Prostatitis, a urologic Quandary
E.N. COOK and G.M. NEEDHAM
I.A.M.A. 155, 915 (1955)
37. HALLIDAY, I.L. Concept of a Psychosomatic Affection
Lancet 2 692 (1943)
38. HATHAWAY, S.R. and I.C.Mc KINLEY The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual
New York (The Psychological Corporation) 1951
39. HITSCHMANN, F. Urethralerotik und Zwangsneurose
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 5 (1920)
40. HÖRMANN, H. und W. MOOG Der Rosenzweig P-F Test
Deutsche Bearbeitung der Rosenzweig "Picture Frustration Study"
Göttingen (Hogrefe) 1957
41. JONES, E. Urethralerotik und Ehrgeiz
Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 3, 156 (1915)
42. KARCHER, G. Kurzlehrbuch der Urologie
Stuttgart (Schattauer) 1963
43. KINSEY, A.G. Das sexuelle Verhalten des Mannes
Berlin und Frankfurt (G.B. Fischer) 1964

44. KNITTEL, G. Herzneurose und Depression
im testpsychologischen Ver-
gleich
Diss. Gießen 1968
45. LEWIN, K.K. Psychosomatic aspects of
prostatitis
Pennsylvania Medical Journal
63, 1793 (1960)
46. LEWIN, K.K. Emotional aspects of chronic
prostatitis
Geriatrics 1963, 261
47. LOCH, W. Zur Struktur und Therapie
schizophrener Psychosen aus
psychoanalytischer Perspek-
tive
Psyche 19, 1 (1965)
48. LOCH, W. Grundriß der psychoanalytischen
Theorie (Metapsychologie)
in
Die Krankheitslehre der Psycho-
analyse
Stuttgart (S. Hirzel) 1967
49. LOCH, W. Psychoanalytische Aspekte
zur Pathogenese und Struktur
depressiv-psychotischer Zu-
standsbilder
Psyche 21, 758 (1967)
50. LOWSLEY, O.S. Clinical Urology
and T.I. KIRWIN Vol I et II
Baltimore (Williams and
Wilkins) 1944
51. LUDVIK, W. Zur Diagnostik der chro-
nischen Prostatitis
Deutsche Medizinische Wochen-
schrift 89, 2366 (1964)
52. v. NOTTHAFFT, A. Über scheinbar mit der
Prostata nicht zusammen-
hängende, aber dennoch durch
Prostatitis bedingte Schmerzen,
nebst einigen Bemerkungen
über chronische Prostatitis
Archiv für Dermatologie und
Syphilis 70, 277, (1904)

53. PAETZEL, W. Urologie
Berlin (W.de Gruyter) 1955
54. POSNER, C. Pathologische Physiologie
der männlichen Geschlechts-
organe
Handbuch der Urologie Bd I
Berlin (Springer) 1926
55. REICH, W. Die Funktion des Orgasmus
unver.Nachdr.: Amsterdam
(Thomas de Munter) 1965
56. RICHTER, H.E. und Herzneurose
D. BECKMANN Stuttgart-(Thieme) 1969
57. SADGER, I. Über Urethralerotik
Jahrbuch für psychoana-
lytische und psychopatho-
logische Forschung 2, 409
(1910)
58. SCHMIDEBERG, M. The Treatment of Psycho-
paths and Borderline Patients
American Journal of Psy-
chiatry, 1947
59. SCHMITZ, W. Die unspezifischen Ent-
zündungen der Prostata
Der Urologe 2, 28 (1963)
60. SCHULTZ-HENCKE Lehrbuch der analytischen
Psychotherapie
Stuttgart (Thieme) 1965
61. SCHUR, M. Comments on the metapsycho-
logy of somatization
The Psychoanalytic Study of
the Child 10, 199 (1955)
62. O'SHAUGNESSY, E.I. Chronic prostatitis -
P.S. PARRINO and fiction ?
I.D. WHITE I.A.M.A. 160, 540 (1956)
63. SMITH D.R. and Functional Diseases
A. AUERBACK in Handbuch der Urologie
Bd. XII
Berlin-Göttingen-Heidelberg
(Springer) 1960

64. SPREEN, O. Handbuch zur deutschen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory Bern und Stuttgart (Huber) 1963
65. STAEBLER, W. Klinik und Praxis der Urologie Bd I Stuttgart (Thieme) 1959
66. STÄHLER, H. Zur Behandlung unspezifischer Infektionen der hinteren Harnröhre und Prostata Zeitschrift für Urologie 48, 285 (1955)
67. STEINER, W. Die psychischen Störungen der männlichen Potenz Leipzig und Wien (Int. psychoanalyt. V.) 1913
68. STERN, E. Transference in Borderline Neuroses Psychoanalytic Quarterly XVII, 1948
s.a. ibid XIV 1945 et VIII 1938
69. SUTER, F. Erkrankungen der Blase, der Prostata, der Hoden und Nebenhoden. Funktionelle Sexualstörungen in Handbuch der Inneren Medizin 4. Auflage Bd. VIII Berlin-Göttingen-Heidelberg (Springer) 1951
70. TAUSK, V. Bemerkungen zu Abrahams Aufsatz "Über Ejaculatio praecox" Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse Bd. IV Wien 1917
71. v. UEXKÜLL, Th. Funktionelle Syndrome in psychosomatischer Sicht Klinik der Gegenwart. Handbuch der praktischen Medizin München-Berlin (Urban und Schwarzenberg) 1960

72. WESIAK, W. Einführung in die psychosomatische Medizin
in
Die Krankheitslehre der
Psychoanalyse
Stuttgart (S. Hirzel) 1967
73. WILDBOLZ, H. Lehrbuch der Urologie
4. Auflage
Berlin-Göttingen-Heidelberg
(Springer) 1959

Lebenslauf

Am 10. April 1934 wurde ich als Sohn des Ingenieurs Friedrich Junker und seiner Ehefrau Anna, geb. Weymann, in Bergzabern/Pfalz geboren. In Frankfurt am Main besuchte ich die Volksschule und das humanistische Heinrich-von-Gagern-Gymnasium, an dem ich im März 1954 die Reifeprüfung bestand.

Von 1954 bis 1958 studierte ich Rechtswissenschaft an den Universitäten Frankfurt und München; im November 1958 bestand ich in Frankfurt die erste rechtswissenschaftliche Staatsprüfung.

Von 1959 bis 1965 studierte ich Medizin an den Universitäten Würzburg und Bonn; in Bonn bestand ich 1965 die ärztliche Prüfung.

1964 promovierte ich an der Staats- und rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bonn mit dem Thema: Die verfassungsrechtliche Stellung des unehelichen Kindes in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Medizinalassistenten absolvierte ich in Stuttgart und Gießen. Seit 1966 befinde ich mich in psychoanalytischer Ausbildung bei der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung; seit meiner Approbation bin ich wissenschaftlicher Assistent an der Psychosomatischen Klinik der Justus Liebig Universität Gießen.

FOTO-DRUCK LENZ · 63 Gießen · Riegelpfad/Ecke Ludwigstraße · Telefon 0641 - 77449